



Cartas científicas

Apendicitis aguda causada por cuerpo extraño

Acute appendicitis caused by a foreign body



La apendicitis aguda (AA) es la causa más frecuente de urgencia quirúrgica abdominal en nuestro medio, constituyendo alrededor del 60% de todos los cuadros de abdomen agudo quirúrgico¹. La AA secundaria a una ocupación de la luz apendicular por un cuerpo extraño representa una entidad excepcional que sin embargo ha de ser tenida en cuenta en determinadas situaciones². Los cuadros de apendicitis aguda secundaria a perdigones de caza si bien suponen un cuadro excepcional en la literatura, han de ser tenidos en cuenta en determinados casos.

Presentamos el caso de un paciente varón de 45 años, residente en el medio rural y con afición familiar por la caza, con ingesta habitual de piezas de caza menor (perdices y conejos) desde la infancia. Acudió a urgencias por cuadro de dolor abdominal de 72 h de evolución focalizado en fosa ilíaca derecha (FID), sugestivo de apendicitis aguda. A la exploración física destacaba dolor a la palpación en la FID con defensa muscular y signos de irritación peritoneal. En la analítica presentaba 17.600 leucocitos con desviación izquierda y en las pruebas de imagen se evidenciaba apendicitis aguda con obstrucción de la luz apendicular por cuerpo extraño de 1,7 cm y otros de menor tamaño a nivel distal (fig. 1). El paciente se intervino de urgencias mediante laparoscopia hallando una AA gangrenosa. En la apertura de la pieza quirúrgica (fig. 2) se evidenció ocupación de la luz apendicular por un molde de perdigones de 1,7 cm como causa desenca-

denante del proceso apendicular, así como otros perdigones sueltos a nivel distal. El paciente evolucionó favorablemente siendo alta al 2.º día del postoperatorio. En radiografías posteriores no se observó la persistencia de ningún cuerpo extraño. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de AA gangrenosa secundaria a ocupación por cuerpo extraño.

La obstrucción de la luz apendicular es la etiología más común en el desarrollo de una AA, generalmente esta se produce por material fecal, adherencias o hiperplasia linfoide. Sin embargo es muy infrecuente la AA desencadenada por un cuerpo extraño³. La ingesta de cuerpos extraños es frecuente en determinados grupos de pacientes (niños, pacientes con desórdenes mentales o intentos autolíticos). La mayoría de estos elementos son eliminados con las heces, de modo que tan solo un 1% de estos cuerpos extraños requiere intervención quirúrgica, generalmente por sangrado o perforación intestinal⁴. La localización de un cuerpo extraño en la luz apendicular es muy infrecuente (< 0,0005%), siendo los materiales más frecuentemente descritos: semillas, grapas y agujas quirúrgicas, material protésico, tornillos o perdigones de caza con menor frecuencia^{5,6}. A pesar de que la luz apendicular esté ocupada por perdigones de caza u otros cuerpos extraños, el desarrollo de una posterior AA es muy infrecuente. La primera descripción de este cuadro la realizó Claudius Amyand en 1736 al intervenir de apendicitis aguda a



Figura 1 – Cuerpo apendicular ocupado por cuerpo extraño metálico y perdigones a nivel distal.



Figura 2 – Apendicitis aguda gangrenosa cuya luz estaba obstruida por una compactación de perdigones de 1,7 cm, con perdigones sueltos a nivel distal.

un niño de 11 años que presentaba una perforación apendicular secundaria a la impactación de un «alfiler»⁷. Se ha realizado un seguimiento clínico de pacientes con evidencia radiológica de cuerpos extraños apendiculares habiéndose desarrollado un cuadro de apendicitis aguda en menos del 1% de los pacientes, con más de 10 años de seguimiento⁸. Son varios los mecanismos que podrían desencadenar una AA: el primero de ellos se produciría por una obstrucción de la luz intestinal por el cuerpo extraño con la posterior congestión vascular, isquemia, translocación bacteriana e infección. Otro mecanismo podría ser la perforación directa del apéndice causada por objetos afilados y la consecuente infección o bien mediante la generación de un fecalito alrededor del cuerpo extraño con la posterior obstrucción apendicular⁹. En nuestro caso la AA se desencadenó por la compactación de varios perdigones durante un largo periodo de tiempo con la formación de un cuerpo extraño de plomo de 1,7 cm que fue la causa de la obstrucción de la luz apendicular. A pesar de lo excepcional de este cuadro clínico, varios grupos abogan por un seguimiento estrecho de estos pacientes e incluso por la realización de una extracción endoscópica o una apendicectomía profiláctica en pacientes seleccionados con el objetivo de evitar la morbilidad asociada al desarrollo de una AA⁸. Se han descrito casos aislados en los que la ocupación de perdigones de plomo en la luz apendicular y en otras zonas del intestino ha supuesto uno niveles elevados del metal en sangre y la aparición de clínica que puede oscilar desde síntomas inespecíficos hasta una encefalopatía severa¹⁰. Por todo ello parecería razonable indicar la apendicectomía laparoscópica programada en aquellos pacientes sintomáticos o con elevado riesgo de complicaciones o toxicidad, indicándose la actitud conservadora en pacientes asintomáticos con

cuerpos extraños de pequeño tamaño, si bien no existe un consenso firme en la comunidad científica.

El diagnóstico clínico y el manejo quirúrgico de urgencias en estos pacientes no difiere de otros pacientes con AA, si bien hemos de sospechar este cuadro por los antecedentes del paciente (en España la caza con escopeta de perdigones supone todavía una práctica frecuente), y por el hallazgo de una imagen radioopaca característica en la radiografía simple de abdomen (fig. 1). Una identificación precoz de estos pacientes nos ayudará a llevar a cabo un manejo conservador adecuado, intentar una extracción endoscópica del cuerpo extraño o bien realizar una apendicectomía programada con mínima morbimortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parrilla Paricio P, Luján Mompeán J, Hernández Agüera Q. Apendicitis aguda. Manual de la Asociación Española de Cirujanos, 2.ª ed Madrid: Médica Panamericana; 2011 469-74.
2. Sukhotnik L, Klin B, Siplovich L. Foreign body appendicitis. *J Pediatr Surg.* 1995;30:1115-6.
3. Bhangu A, Soreide K, di Saverio S, Assarsson JH, Drake FT. Acute appendicitis: Modern understanding of pathogenesis, diagnosis and management. *Lancet.* 2015;386:1278-87.
4. Antonacci N, Labombarda M, Ricci C, Buscemi S, Casadei R, Minni F. A bizarre foreign body in the appendix: A case report. *World J Gastrointest Surg.* 2013;5:195-8.
5. Zardawi I, Siriweera E. Pellets in the appendix. *N Engl J Med.* 2013;369:e7.
6. Tanaka K, Toyoda H, Aoki M, Noda T, Aota T. An incarcerated prosthetic tooth in the vermiform appendix. *Gastrointest Endosc.* 2007;66:400-1.
7. Sar S, Mahawar KK, Marsh R, Small PK. Recurrent appendicitis following successful conservative management of an appendicular mass in association with a foreign body: A case report. *Cases J.* 2009;2:7776.
8. Losanoff J, Jones J, Richman B. Acute appendicitis resulting from intraluminal shotgun pellets. *ANZ J Surg.* 2002;72:168.
9. Munipalle P, Little M, Garud T. Lead shot incarceration in appendix: An unusual cause of appendicular foreign body. *BMJ Case Rep.* 2013. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2012-008447>. pii: bcr2012008447.
10. Schep LJ, Fountain JS, Cox MW, Pesola GR. Lead shot in the appendix. *N Engl J Med.* 2006;354:1757.

Israel Abellán^{a,*}, Noelia Ibañez^a, Rafael Vergel^b,
María Blanca Rondeau^b y Pedro González^a

^aCirugía General y Digestivo, Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier, Murcia, España

^bAnestesia y Reanimación, Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: israelabellanmorcillo@gmail.com
(I. Abellán).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.09.010>
0009-739X/

© 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.