

procesos no malignos (como la pancreatitis crónica autoinmunitaria); entre cuyos tratamientos puede estar incluida, o no, la resección quirúrgica⁶. La controversia surge sobre cuál es el mejor método para obtener tejido diagnóstico en pacientes con sospecha de cáncer de páncreas: si TC-PAAF o USE-PAAF. Se ha demostrado un aumento del riesgo de diseminación peritoneal en sujetos que han recibido TC-PAAF en comparación con la USE-PAAF⁷. También es importante resaltar la capacidad de la USE para guiar una aguja de biopsia y obtener material en las lesiones que son demasiado pequeñas para ser identificadas por TC o resonancia magnética (RM) o con estructuras vasculares circundantes que no permiten la biopsia percutánea, lo que asegura su papel en gran variedad de situaciones clínicas⁸. La USE-PAAF tiene una elevada sensibilidad (93%) y especificidad (100%) en el diagnóstico de masas pancreáticas⁵, lo cual aumenta la precisión en el diagnóstico de malignidad hasta el 95% si se realiza la punción en presencia de un anatomopatólogo⁹.

Bibliografía

1. Gimeno-García AZ, Alonso MM, García Castro C, Nicolás Pérez D, Quintero E. Primary pancreatic lymphoma diagnosed by endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration biopsy. *Gastroenterol Hepatol*. 2010;33:638-42.
2. Behrns KE, Sarr MG, Strickler JG. Pancreatic lymphoma: is it a surgical disease? *Pancreas*. 1994;9:662-7.
3. Niederhuber JE, Brennan MF, Menck HR. The National Cancer Data Base report on pancreatic cancer. *Cancer*. 1995;76:1671-7.
4. Erickson RA, Sayage-Rabie L, Beissner RS. Factors predicting the number of EUS-guided fine-needle passes for diagnosis of pancreatic malignancies. *Gastrointest Endosc*. 2000;51:184.
5. Wiersema MJ. Identifying contraindications to resection in patients with pancreatic carcinoma: the role of endoscopic ultrasound. *Can J Gastroenterol*. 2002;16:109-14.
6. Hunt GC, Faigel DO. Assessment of EUS for diagnosing, staging, and determining resectability of pancreatic cancer: a review. *Gastrointest Endosc*. 2002;55:232.
7. Micames C, Jowell PS, White R, Paulson E, Nelson R, Morse M, et al. Lower frequency of peritoneal carcinomatosis in patients with pancreatic cancer diagnosed by EUS-guided FNA vs percutaneous FNA. *Gastrointest Endosc*. 2003;58:690-5.
8. Levy M, Wiersema M. Endoscopic ultrasound guided trucut biopsy. UpToDate online; junio 2010 (consultado el 30/5/2011). Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/endoscopic-ultrasound-guided-trucut-biopsy>.
9. Iglesias-García J, Dominguez-Munoz JE, Abdulkader I, Larino-Noia J, Eugenyeva E, Lozano-Leon A, et al. Influence of On-Site Cytopathology Evaluation on the Diagnostic Accuracy of Endoscopic Ultrasound-Guided Fine Needle Aspiration (EUS-FNA) of Solid Pancreatic Masses. *Am J Gastroenterol*. 2011;106:1705-10.

Aida Selfa Muñoz*, Rosario del Pilar López Segura, Dolores Quintero Fuentes, José Luis Mundi Sánchez-Ramade y Javier Salmerón

Unidad Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: aidasale@hotmail.com (A. Selfa Muñoz).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.06.011

Apendicitis del muñón apendicular: a propósito de un caso

Appendicitis of the appendicular stump: apropos of a case

Sr. Director:

La apendicitis aguda continúa siendo uno de los cuadros abdominales quirúrgicos agudos más frecuentes, con 1,4 casos/1.000 habitantes en la población general. Una de las complicaciones más infrecuentes de esta enfermedad es la apendicitis del muñón¹⁻². La primera publicación de esta complicación se debe a Rose en 1945³, quien describe un absceso apendicular recidivante post-apendicectomía y señala la posibilidad de una apendicectomía incompleta. Desde entonces solo se han publicado un pequeño número de casos de apendicitis del muñón en la literatura médica. Una revisión de 3.596 apendicectomías⁴ encontró únicamente 5 casos de esta enfermedad, lo que supone una incidencia del 0,13%.

Presentamos el caso de una paciente con una apendicitis complicada del muñón.

Caso clínico

Mujer de 40 años de edad que acude a urgencias por presentar dolor abdominal de 3 días de evolución con fiebre de 38 °C, valorada previamente en otro centro con diagnóstico previo de cólico renal. No presentaba antecedentes personales relevantes salvo apendicectomía 3 años antes. Ingresa a cargo de digestivo con sospecha de ileitis inflamatoria para estudio.

En la exploración física destacaba un abdomen blando, depresible, doloroso en fosa ilíaca derecha con defensa muscular, sensación de empastamiento y con signos de irritación peritoneal.

Se realiza analítica de sangre en la que destaca anemia normocítica-normocrómica con Hb 10,3 g/dl, VCM 88,9 fl y HCM 29,4 pg, leucocitosis con desviación izquierda con 12.170/μl leucocitos totales (80% neutrófilos y 14% linfocitos). Realizamos una bioquímica completa y una coagulación, que fueron normales.

La exploración física indicaba una apendicitis aguda, pero dado el antecedente de intervención previa se sospechó una ileitis complicada, probablemente con un absceso y solicitamos una TC abdominal.



Figura 1 Apendicolito rodeado de intenso proceso inflamatorio.

Se solicitó una TC que demostró en la FID un importante aumento de la densidad de tejidos blandos, con una colección en el interior, de $6 \times 2,7 \times 2,9$ cm. En el interior de esta área flemonosa, se observaba una calcificación redondeada, 1,7 cm de diámetro máximo, indicativa un apendicolito (fig. 1), con aire en su interior, que señalaba microperforación (fig. 2). La colección provocaba una compresión y desplazamiento del íleon terminal, sin aparente inflamación. No se identificaba el apéndice. Los hallazgos resultaron muy indicativos de apendicitis aguda evolucionada, con colección asociada.

Se decide laparotomía exploradora y se encontró un proceso inflamatorio ileocecal con plastrón a dicho nivel y un absceso entre el íleon y ciego, con perforación de ciego y un apendicolito de unos 2 cm. Se realizó resección ileocecal y anastomosis laterolateral ileocólica ascendente.

Tras la cirugía la enferma presentó una evolución sin nuevos eventos, y le fue dada el alta en 5 días.

Discusión

La apendicitis del muñón es una situación clínica muy rara, en la cual el resto quirúrgico apendicular presenta un cuadro de inflamación-infección progresiva⁵. Su etiopatogenia no es clara, pero se apunta a que la luz del remanente apendicular puede ser obstruida por un fecalito, llegando a producir una isquemia y la perforación posterior². Se han descrito como factores de riesgo la insuficiente invaginación del muñón, un resto apendicular excesivamente largo y una insuficiente apendicectomía laparoscópica.

Los restos apendiculares que posteriormente han tenido una apendicitis van en un rango de 0,5 a 5,1 cm⁵. La presentación clínica de la apendicitis del muñón puede ser aguda, subaguda o crónica, y se ha descrito su aparición entre los 2 meses y los 52 años de la apendicectomía⁵. Con el desarrollo de la cirugía laparoscópica esta rara enfermedad es potencialmente más frecuente.

Con la generalización de la laparoscopia para tratar la inflamación apendicular este cuadro será potencialmente más frecuente, ya que la laparoscopia, aunque presenta las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, también condiciona un menor campo visual, una percepción de profundidad más dificultosa y la ausencia de la sensa-

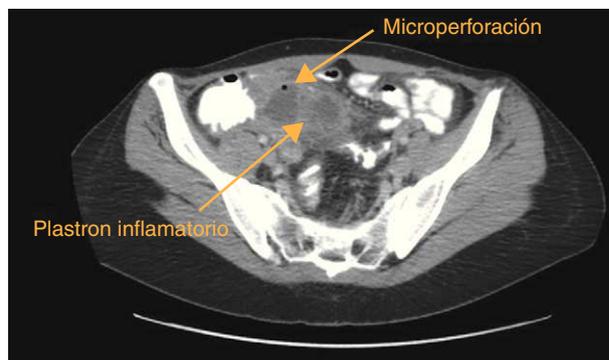


Figura 2 Plastrón inflamatorio con burbuja de aire en su interior indicativa de microperforación.

ción táctil, lo que puede condicionar una apendicectomía incompleta⁶.

El antecedente clínico de apendicectomía puede retrasar el diagnóstico de apendicitis de muñón y puede originar la progresión de la enfermedad con gangrena, perforación, plastrón, absceso y peritonitis difusa, incrementando la morbimortalidad. Por esto es necesario tener presente esta posibilidad en un enfermo con una sospecha clínica franca de apendicitis aguda, independientemente de los antecedentes quirúrgicos del enfermo.

El diagnóstico de sospecha por último es clínico junto con la radiología (ecografía y TC abdominal) y el diagnóstico exacto es quirúrgico realizándose la exéresis del muñón apendicular.

Bibliografía

1. Mangi AA, Berger DL. Stump appendicitis. *Am Surg.* 2000;66:739-41.
2. Durgun AV, Baca B, Ersoy Y, Kapan M. Stump appendicitis and generalized peritonitis due to incomplete appendectomy. *Tech Coloproctol.* 2003;7:102-4.
3. Rose TF. Recurrent appendicial abscess. *Med J Agust.* 1945;1:659.
4. Estévez Trujillo NM, Hernández Almeida E, Pérez Suárez M, Morales González R. Inflamación aguda del remanente apendicular. *MULTIMED.* 1998;3.
5. Shin LK, Halpern D, Weston SR, Meiner EM, Katz DS. Prospective CT diagnosis of stump appendicitis. *AJR.* 2005;184 Suppl 3:S62-4.
6. Walsh DC, Roediger WE. Stump appendicitis—a potential problem after laparoscopic appendectomy. *Surg Laparosc Endosc.* 1997;7:357-8.

Pedro J. Rosón Rodríguez*, Elena Victória Toscano Castilla, Judit Cotta Rebollo, Marta Lozano Lanagran y Mari Carmen Lopez Vega

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Quirón, Málaga, España

* Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: Pjroson@gmail.com
 (P.J. Rosón Rodríguez).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.08.001