

Apendicitis crónica del muñón apendicular como causa de dolor abdominal crónico



Chronic stump appendicitis as a cause of chronic abdominal pain

Introducción

Claudius Amyand realizó la primera apendicectomía en 1736¹. En 1889 McBourney, estableció la apendicectomía de forma temprana como tratamiento de elección de la apendicitis aguda. En 1982 Kurt Semmen, realizó la primera apendicectomía laparoscópica, siendo hoy en día la vía de elección en la mayoría de los centros². La apendicitis aguda del muñón apendicular es una complicación rara y anecdótica, con escasas referencias bibliográficas y, en ningún caso de apendicitis crónica. Presentamos el caso de una apendicitis crónica del muñón apendicular como causa de dolor abdominal crónico.

Caso clínico

Mujer de 29 años de edad apendicectomizada por vía laparoscópica 2 años antes, que consulta por un cuadro de dolor abdominal en la fosa iliaca derecha de 9 meses de evolución. Este es continuo con episodios de agudización que ceden con analgesia, por lo que se decide estudio de forma ambulatoria.

La analítica de sangre objetiva 14.000/ μ l leucocitos totales (85% de neutrófilos y 18% de linfocitos), y la ecografía de abdomen demuestra engrosamiento e inflamación ileocecal.

Con la sospecha de una probable enfermedad inflamatoria intestinal (EII), se decide realizar una entero-RMN donde se objetiva un engrosamiento del íleon terminal y del ciego, así como una pequeña colección adyacente. En la TAC, descartan engrosamientos murales, pero sí se visualiza la colección descrita en la entero-RMN. Durante el transcurso del estudio, la paciente precisa ingreso hospitalario por empeoramiento del dolor. Se realiza una colonoscopia e ileoscopia terminal que evidencia una úlcera cecal de fondo fibrinado, que se biopsia con histología de cambios inflamatorios inespecíficos. El resto de la exploración fue normal, por lo que no se tomaron más biopsias.

Dada la cronicidad del dolor, con episodios de agudización cada vez más intercurrentes, y descartada la EII, se realiza laparoscopia exploradora donde se objetiva un plastrón inflamatorio en la fosa iliaca derecha conformado por el epiplón, ciego e íleon terminal, objetivando un muñón apendicular inflamado, realizándose la resección del mismo (fig. 1).

La paciente evoluciona favorablemente, con desaparición del dolor siendo dada de alta a las 48 h.

Después de 12 meses de seguimiento, la paciente permanece asintomática.

El estudio histológico de la pieza quirúrgica, demostró un muñón apendicular con fibrosis e hiperplasia folicular linfoide, con un tejido periapendicular caracterizado por fibrosis con infiltrado inflamatorio mononuclear focal. Ciego con hiperplasia de folículos linfoides de submucosa e



Figura 1 Muñón apendicular resecado por vía laparoscópica.

infiltrado inflamatorio mononuclear focal. Todos ellos con relación a apendicitis crónica.

Discusión

La apendicectomía es uno de los procedimientos más rutinarios para un cirujano. El riesgo de desarrollar apendicitis aguda en la población es del 8,6% para los varones y del 6,7% para las mujeres³. Como toda cirugía no está exenta de complicaciones. Estas se agrupan en precoces: sangrado, infección de herida o absceso intraabdominal; y tardías, si cabe menos frecuentes: hernias de pared abdominal, obstrucciones intestinales y la apendicitis del muñón.

Los primeros 2 casos de apendicitis aguda del muñón fueron publicados en 1945 por Rose, y desde entonces, solo se han reportado 60 casos², ninguno de ellos de apendicitis crónica. Se trata, por tanto, de una complicación rara e infrecuente con una incidencia de uno por cada 50.000 apendicectomías¹. Existe una serie de casos publicada que demostró que en el 60% de los casos, durante la apendicectomía se había objetivado una apendicitis perforada^{2,4}.

El inicio de los síntomas varía desde los 2 meses hasta los 52 años después de la cirugía⁵. Clásicamente, son similares a una apendicitis aguda: dolor en la fosa iliaca derecha, náuseas y febrícula. La exploración física también suele ser clara: un Blumberg positivo y datos analíticos de infección². El problema radica en los cuadros subagudos con sintomatología larvada con dolor sordo en la fosa iliaca derecha en un paciente joven y datos radiológicos de inflamación, que obligan a descartar enfermedad inflamatoria intestinal, típica de pacientes jóvenes.

La ecografía o la TAC pueden confirmar el diagnóstico cuando hay datos clínicos sugestivos, descartando otras causas de abdomen agudo que pudieran dar una clínica similar, sin embargo, cuando la sintomatología no es muy llamativa en cuadros subagudos pueden llevar a confusión con otras enteropatías.

Conclusión

El dolor abdominal tanto crónico como agudo, en la fosa iliaca derecha en un paciente con antecedentes de apendicectomía, debe hacernos pensar en la apendicitis del muñón, independientemente de que se presente de forma aguda o crónica, y con pruebas radiológicas no concluyentes debemos considerar la laparoscopia exploradora como prueba diagnóstica definitiva que, además, nos permitirá llevar a cabo el tratamiento quirúrgico en el mismo acto operatorio. Este, consiste en la resección del remanente apendicular¹.

Financiación

No hemos recibido ninguna beca para la realización de este estudio.

Bibliografía

1. Humes DJ, Simpson J. Acute appendicitis Clinical review Acute appendicitis. 2006;333:530-4, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38940.664363.AE>
2. Essenmacher A, Nash E, Walker S, Pitcher G, Buresh C, Sato T. Stump Appendicitis. Clin Pract Cases Emerg Med. 2018;2:211-4, <http://dx.doi.org/10.5811/cpcem.2018.3.37730>

3. González-Chávez MA, Díaz-Girón-Gidi A, González-Hermosillo-Cornejo D, Vélez-Pérez FM, Villegas-Tovar E, Faes-Petersen R, et al. Apendicitis del muñón apendicular. La apendicitis del apendicectomizado. Rev Invest Med Sur Mex. 2015;22:150-2.
4. Roberts KE, Starker LF, Duffy AJ, Bell RL, Bokhari J. Stump Appendicitis: A Surgeon's Dilemma. JSLS. 2011;15:373-8, <http://dx.doi.org/10.4293/108680811X13125733356954>
5. Rosón Rodríguez PJ, Victoria Toscano Castilla E, Cotta Rebollo J, Lozano Lanagran M, Lopez Vega MC. Apendicitis del muñón apendicular: a propósito de un caso. Gastroenterol Hepatol. 2011;34:722-3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2011.08.001>

Iván Carmelo Soto-Darias*, Ángel García-Romera, Sergio González-Hernández, Nieves Lorenzo-Rocha y Ángel Carrillo-Pallares

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ivansd89@hotmail.com (I.C. Soto-Darias).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2019.02.003>
0210-5705/

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Endoscopic band ligation – A valid option in colonic diverticular bleeding



Ligadura con bandas elásticas - una opción válida en el sangrado diverticular

Clinical case

Diverticular bleeding (DB) is a common cause for lower gastrointestinal bleeding. Its incidence is increasing due to the aging of population, as colonic diverticula are more frequent in the elderly.¹ The pathogenesis of DB is related to proliferation and weakening of the associated vas rectum of the diverticula conditioned by colonic luminal factors.¹ Hypertension, arteriosclerotic disease and regular use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs are associated with higher risk of DB.¹ In the majority of the patients DB stops spontaneously and the bleeding diverticulum is not identified in colonoscopy. However, in about 10–20% of the cases, bleeding reoccurs.² This can be a serious condition, particularly in old patients with comorbidities. Proposed therapeutic options for DB encompass endoscopic hemostasis, embolization and surgery. Endoscopic hemostatic methods may include clipping and endoscopic band ligation (EBL). In a series of 100 patients, EBL was superior to endoscopic clipping (EC) in the treatment of colonic DB.³ We present a case of major colonic DB controlled with EBL.

A 69-year-old male patient with coronary disease under clopidogrel, was admitted to our emergency room with bright red blood hematochezia and syncope. On admission, he was pale, hypotensive and tachycardic. Abdominal examination was unremarkable and nasogastric aspirate was bilious, without blood. Laboratory revealed acute normocytic anemia of 6.1 g/dl (previous value 13 g/dl) and no elevated markers of acute ischemic heart disease. He was stabilized with fluids and blood transfusion, and an urgent upper endoscopy was performed, showing no alterations, namely blood or the cause of bleeding. Bowel preparation was started and a total colonoscopy was performed, within the first 24 h after admission; it showed no blood and multiple non bleeding left side colonic diverticula. In the next 24 h, the patient presented again with hemodynamic instability and was admitted to our ICU. He was submitted to a second colonoscopy (after fast intestinal preparation) which showed fresh blood along the left colon and colonic diverticula. It was possible to identify the bleeding diverticula, with pulsatile hemorrhage in the sigmoid colon (Fig. 1a). Adrenaline (dilution 1:1000) was injected around the bleeding diverticula, conditioning mucosal elevation in the diverticular area (Fig. 1b); the bleeding was temporarily controlled. After that, endoscopic tattooing was performed to allow identification of the bleeding diverticula (Fig. 1c). Upper variceal band ligation kit was prepared and a conventional gastroscope was introduced; the marked diverticula was easily identified and a rubber ligation band was placed, surrounding and everting the diverticula (Fig. 1d). No active bleeding was seen by the end of the procedure. In the next 2 days, the patient remained stable, without blood loss