



CARTA CIENTÍFICA

Manejo conservador de apendicitis aguda en paciente neutropénico



Nonoperative management of acute appendicitis in the neutropenic patient

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo en pacientes jóvenes, con un riesgo de aparición a lo largo de la vida del 7-8%¹. La incidencia en pacientes con neutropenia es del 1,5%².

Se presenta el caso de un paciente de 18 años diagnosticado de linfoma de Hodgkin clásico, que recibió un trasplante de progenitores hematopoyéticos de médula ósea de donante HLA haploidéntico (hermano). El día +6 del trasplante comenzó con dolor abdominal en fosa ilíaca derecha (FID) y fiebre. En la exploración presentaba irritación peritoneal focalizada en FID con signo de Blumberg positivo. En la analítica presentaba 0 leucocitos/ μL (0 neutrófilos/ μL) y proteína C reactiva de 45,7 mg/L. En la ecografía de abdomen (fig. 1) se apreció apendicitis aguda incipiente.

El paciente fue valorado por hematología y cirugía digestiva y se decidió manejo no operatorio con antibioterapia (piperacilina/tazobactam 4g/0,5g) y vigilancia estrecha, debido al elevado riesgo quirúrgico por la inmunosupresión, asumiendo el posible fracaso que suponía optar por el tratamiento no quirúrgico. En la TAC abdominal de control a la semana de iniciar el tratamiento se objetivó el apéndice sin signos inflamatorios.

Nuestro paciente tuvo evolución favorable del cuadro abdominal. Sin embargo, los meses siguientes al trasplante fueron tórpidos, con reingreso por cistitis hemorrágica grave, enfermedad de injerto contra el huésped, progresión de enfermedad; posteriormente, a los 8 meses del trasplante, falleció por neutropenia febril.

Revisando la historia del paciente observamos que el donante, tras la donación, comenzó con vómitos y dolor abdominal, y fue diagnosticado de apendicitis aguda e intervenido de forma urgente. Se realizó apendicectomía laparoscópica.

Las enfermedades abdominales comunes pueden presentarse de manera diferente en pacientes inmunodeprimidos, lo que causa un retraso diagnóstico. La apendicitis aguda suele ser difícil de diagnosticar². Se ha descrito que, en pacientes con tratamiento quimioterápico 30 días antes de iniciar la sintomatología, el dolor abdominal puede ser atenuado y, a veces, no focalizado en FID por la neutropenia².

Por otro lado, los signos de irritación peritoneal pueden atenuarse por los corticoides². Fuera de estos días, lo más frecuente es fiebre seguida de dolor en FID, náuseas y signos de peritonitis en la exploración². La analítica de sangre en pacientes sanos habitualmente cursa con leucocitosis. Sin embargo, los pacientes con tumores de médula ósea presentan leucocitopenia y neutropenia, lo que dificulta el diagnóstico, retrasa el tratamiento y se asocia a aumento de la morbimortalidad³. La escala de Alvarado es difícil de aplicar porque la inflamación puede estar atenuada³. Nuestro paciente sí cursó con clínica típica de apendicitis.

La sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de apendicitis aguda es del 76% y del 95% con la ecografía y del 99 y 84% con la TAC⁴. En cambio, en inmunodeprimidos, aunque la TAC no tiene la misma sensibilidad y especificidad, es útil para hacer el diagnóstico, dado que ayudará a descartar la presencia de tiflitis².

La etiología puede ser diferente en inmunodeprimidos, existe un porcentaje menor de casos de hiperplasia linfoide y hay aumento de infecciones por fecalitos y citomegalovirus.

El tratamiento en pacientes trasplantados de médula ósea no está definido. Se ha descrito en la literatura el tratamiento con antibioterapia como primera línea en apendicitis no complicada sin apendicolito en pacientes sanos, que ha demostrado ser seguro, efectivo y rentable en pacientes seleccionados, aunque presenta un riesgo de recurrencia de hasta el 39% después de 5 años⁴. Hay datos que afirman alta probabilidad de éxito, dolor más corto y atenuado, y sin diferencias en las tasas de perforación^{1,5}, si bien la apendicectomía sigue siendo el *gold estándar*⁵. Dada la escasa respuesta inmunológica frente a la infección de pacientes con aplasia medular, hay que valorar individualmente el riesgo quirúrgico, dado que la cirugía presenta una morbimortalidad elevada.

En nuestro caso, decidimos tratamiento antibiótico porque el riesgo quirúrgico era muy elevado por la aplasia severa; además, presentaba buen estado general, el dolor estaba focalizado y el q-SOFA era 0.

No se han descrito casos en la literatura de apendicitis aguda en los donantes, como sucedió en nuestro paciente.

Como conclusión, el manejo de pacientes inmunodeprimidos con apendicitis aguda debe ser multidisciplinar. El tratamiento conservador con antibioterapia y vigilancia estrecha es una opción que se puede considerar y puede tener una evolución favorable.

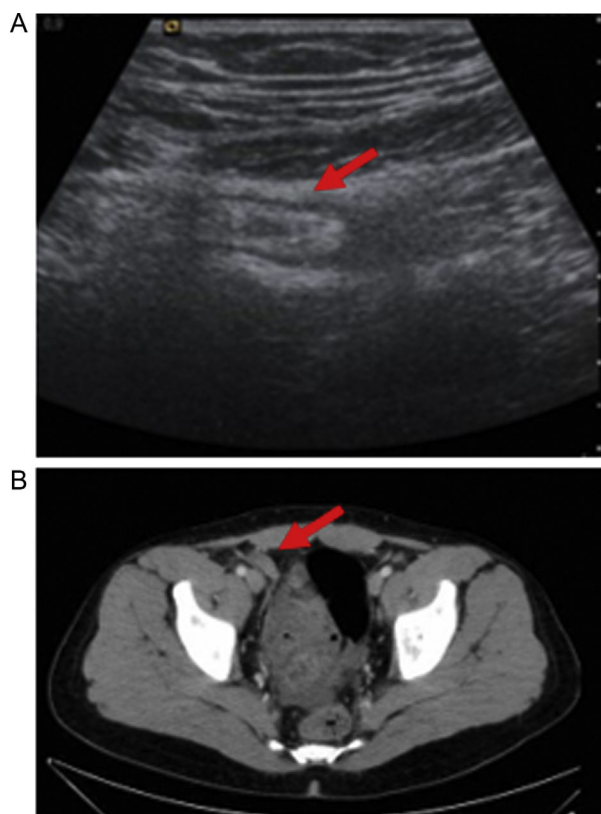


Figura 1 Ecografía (A) y TAC de abdomen (B): apéndice aumentado de volumen (flecha roja).

Bibliografía

1. Aranda Narváez JM, González Sánchez AJ, Montiel Casado MC, Titos García A, Santoyo Santoyo J. ¿Existe evidencia suficiente para apoyar el tratamiento de pacientes seleccionados con apendicitis aguda exclusivamente con antibióticos? *Cir Andal*. 2013;24:78–85.
2. Cuervo JL. Apendicitis aguda. *Rev Hosp- Niños (B Aires)*. 2014;56:15–31.
3. Guerrero Quiroz EI, Alvarado Corral RF, Bravo Muñoz MI, Quizhpi Paredes DE, Martínez Reyes FC. Apendicitis aguda en pacientes pediátricos oncológicos en el Instituto del Cáncer SOLCA-Cuenca. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Cuenca*. 2018;36:33–41.
4. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg*. 2020;15:1–42, <http://dx.doi.org/10.1186/s13017-020-00306-3>.
5. Podda M, Gerardi C, Cillara N, Fearnhead N, Augusto Gomes C, Birindelli A, et al. Antibiotic treatment and appendectomy for uncomplicated acute appendicitis in adults and children: A systematic review and meta-analysis. *Ann Surg*. 2019;270:1028–40, <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0000000000003225>.

María Pérez Reyes*, Laura Romacho López,
Irene Mirón Fernández, José Manuel Aranda Narváez
y Julio Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maria.perezreyes1991@gmail.com
(M. Pérez Reyes).