



CARTA CIENTÍFICA

Apendicitis del muñón

Stump appendicitis



La apendicitis del muñón apendicular es un hallazgo clínico muy poco publicado desde que Rose lo describió en 1945. Presentamos 3 casos tratados en nuestro hospital.

Caso 1: varón de 42 años con antecedente de apendicetomía laparoscópica complicada 3 meses antes, que consultó por dolor abdominal, hiporexia, fiebre y náuseas de 72 horas con exploración clínica y analítica (17.000/ μ l leucocitos; 84% neutrófilos y proteína C reactiva: 6,6 mg/dl) de apendicitis aguda. La radiografía simple resultó inespecífica y una ecografía abdominal evidenció una estructura tubular dependiente de ciego, compatible con apendicitis del muñón apendicular (fig. 1A).

Fue intervenido por vía laparoscópica hallando un plastrón en la fosa iliaca derecha (FID) con un muñón apendicular de 2,5-3 cm, con grapas de la sección previa en su extremo distal que se liberó, completando la apendicetomía (figs. 1B y C). El paciente recibió el alta hospitalaria 36 horas después sin complicaciones.

Caso 2: varón de 48 años con antecedentes de tabaquismo, hipertensión mal controlada, hipercolesterolemia, diabetes tipo-2 insulinizada y cólicos nefríticos. Fue intervenido debido a una peritonitis por apendicitis perforada mediante abordaje laparoscópico 19 meses antes (apendicitis retrocecal con apendicolito). Consultó en urgencias por 48 de dolor cólico en FID, muy similar al que tuvo en el episodio de apendicitis. La exploración física y una ecografía abdominal sin hallazgos patológicos, junto al antecedente de apendicetomía, descartaron ese diagnóstico y el paciente fue dado de alta. Tres días después consultó otra vez por empeoramiento de los síntomas. La analítica mostraba 20.000 leucocitos (92% neutrófilos), y a la exploración abdominal presentaba dolor con signos de irritación peritoneal en la FID. La TC observó cambios inflamatorios compatibles con una apendicitis del muñón perforada (fig. 1D). El paciente fue intervenido por vía abierta, realizándose drenaje de la colección y extirpación de un muñón apendicular de 2 cm perforado en su base. Cinco días después el paciente fue dado de alta.

Caso 3: varón de 39 años, sin otros antecedentes que una apendicitis gangrenosa de 12 cm intervenida por vía laparoscópica 3 años antes, que acudió al hospital presentando síntomas análogos a los de antes de la primera cirugía. La

analítica era anodina (1.1000/ μ l leucocitos; 72% neutrófilos y proteína C reactiva de 0,3 mg/dl) pero la exploración clínica era muy evidente. Los hallazgos de la TC (figs. 1E y F) resultaron definitivos para confirmar el diagnóstico de apendicitis del muñón e intervenirle sin retraso. En la segunda intervención, también por laparoscopia, se encontró una apendicitis flemonosa del muñón de 5 cm de longitud. El paciente se recuperó adecuadamente y fue dado de alta a las 48 horas.

La apendicitis del muñón es una entidad poco descrita pero bien conocida, que tanto el urgenciólogo como el radiólogo y el cirujano deben tener en cuenta entre los diagnósticos diferenciales de dolor abdominal en pacientes apendicetomizados para evitar retrasos en el diagnóstico y progresión de la enfermedad a cuadros más graves^{1,2}. Factores como una apendicitis complicada con gran inflamación o de localización retrocecal, la presencia de apendicolitos, la insuficiente exposición del campo, la falta de experiencia del cirujano y la excesiva longitud del apéndice pueden favorecer la apendicetomía incompleta³⁻⁵. Su incidencia parece estar aumentando³ debido quizás al abordaje laparoscópico cada vez más frecuente de las apendicetomías (que condiciona un menor campo visual, una imagen bidimensional y la falta de sensación táctil) y a que la apendicetomía laparoscópica es la primera intervención con la que la mayoría de residentes y cirujanos jóvenes se acercan a esta vía abordaje. No obstante, es posible que no haya aumentado su incidencia, sino su diagnóstico, debido a la mayor disponibilidad de la ecografía y la TC en el ámbito de urgencias. En nuestra opinión, sin embargo, no se trata de una enfermedad infradiagnosticada, sino poco publicada debido al rechazo a comunicar las complicaciones quirúrgicas.

La presentación clínica suele ser análoga a la de la primera intervención, pudiendo aparecer hasta 50 años después^{2,3} o manifestarse como dolor abdominal crónico⁵. El diagnóstico precoz exige un alto índice de sospecha clínica y las pruebas de imagen recomendadas son la ecografía y la TC abdominal.

Para evitar la apendicitis del muñón se recomienda la visualización y disección completa de la unión cecoapendicular y evitar dejar un remanente apendicular excesivamente largo (menor de 5 mm) en la cirugía inicial. Aunque se puede intentar el manejo con antibióticos, su tratamiento definitivo es quirúrgico, ya sea por vía laparoscópica o abierta, identificando la base apendicular y seccionando el muñón inflamado²⁻⁵.

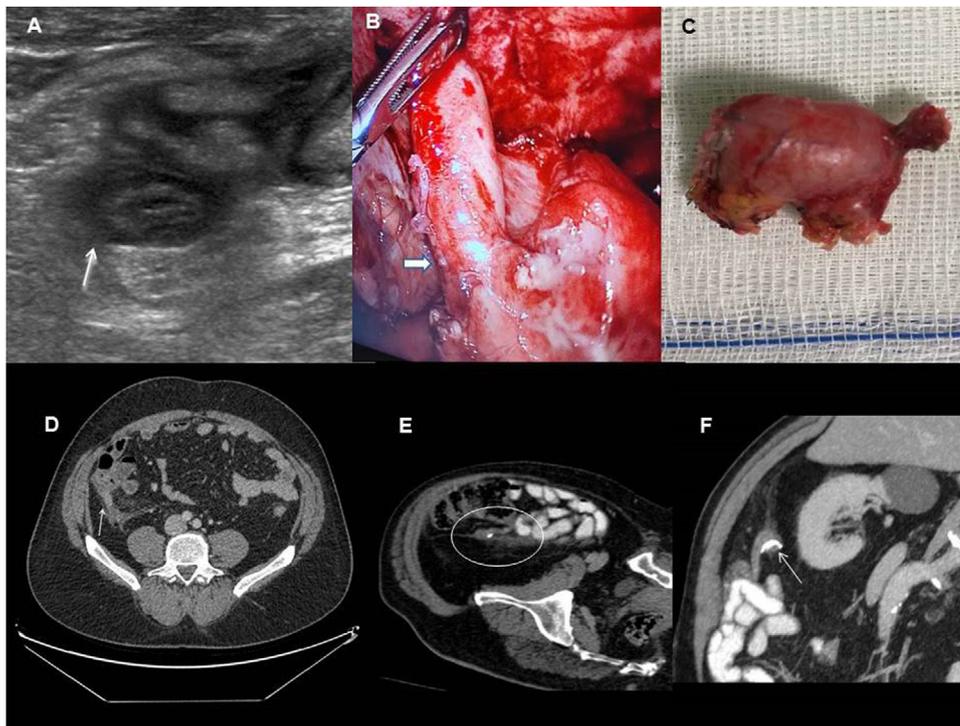


Figura 1 A: La ecografía abdominal muestra una estructura tubular terminada en fondo de saco, aperistáltica y no compresible, de 2,5 cm de longitud y 9 mm de diámetro, con alteración de su estructura y afectación de la grasa adyacente compatible con apendicitis del muñón apendicular. B: Imagen de la intervención quirúrgica laparoscópica en la que se aprecia el muñón apendicular con cambios inflamatorios y la línea de grapas de la sección anterior. La flecha blanca marca la encrucijada cecoapendicular. C. Imagen macroscópica del muñón apendicular resecado. D: TC abdominal (corte axial) mostrando cambios inflamatorios en el muñón apendicular retrocecal, manifestados por estriación de la grasa y colecciones de líquido laminares con leve realce del peritoneo parietal adyacente compatible con apendicitis del muñón complicada. La flecha blanca indica el tejido residual apendicular inflamado. E: TC abdominal mostrando la imagen de persistencia del apéndice cecal en su porción proximal, observándose en su extremo distal clips metálicos (incluido dentro del círculo blanco). F: Línea de grapas del muñón de la anterior apendicectomía.

Bibliografía

1. Dikicier E, Altintoprak F, Ozdemir K, Gundogdu K, Uzunoglu MY, Cakmak G, et al. Stump appendicitis: A retrospective review of 3,130 consecutive appendectomy cases. *World J Emerg Surg.* 2018;13:22, <http://dx.doi.org/10.1186/s13017-018-0182-5>.
2. Rios RE, Villanueva KM, Stirparo JJ, Kane KE. Recurrent (stump) appendicitis: A case series. *Am J Emerg Med.* 2015;33:480, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2014.08.050>, e1-2.
3. Morales García D, Castañera González R, González Sánchez FJ, González Noriega M, Alonso Martín J, Gómez Fleitas M. Apendicitis de muñón. ¿Una realidad infravalorada? *Rev Esp Enferm Dig.* 2015;107:461-2.
4. Rosón Rodríguez PJ, Toscano Castilla EV, 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>.
5. Soto-Darias IC, García-Romera A, González-Hernández S, Lorenzo-Rocha N, Carrillo-Pallares A. Apendicitis crónica del

muñón apendicular como causa de dolor abdominal crónico. *Gastroenterol Hepatol.* 2019;42:551-2, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2019.02.003>.

Francisco Miguel González-Valverde^{a,b,*},
Pedro López-Morales^b y Lucía Sánchez-Alonso^c

^a *Departamento de Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Universidad de Murcia, Murcia, España*

^b *Servicio de Cirugía General, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España*

^c *Servicio de Radiología, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: migova67@gmail.com

(F.M. González-Valverde).