

Apendicitis del muñón en Pediatría

DR. HÉCTOR IBARRA^a, DRA. VERÓNICA MAURI^a, DR. FABIÁN SALGUEIRO^a,
DR. GONZALO LAMBERT^a Y DR. JORGE MARTÍNEZ^a

INTRODUCCIÓN

La apendicitis del muñón es un proceso inflamatorio-infeccioso del tejido apendicular residual, luego de una apendicetomía.

Se trata de una complicación sumamente rara, sobre todo en edad pediátrica. Presentamos un caso, tratado en nuestro servicio, con el objetivo de alertar sobre la existencia de esta entidad clínica-quirúrgica y realizar una revisión bibliográfica y concluir recomendando la importancia de la técnica quirúrgica, de una buena exploración anatómica de todo el apéndice enfermo previo a su exéresis. Además, estimular a la sospecha clínica, teniendo en cuenta esta posibilidad en el diagnóstico diferencial ante un cuadro abdominal agudo en un paciente ya apendicectomizado.

PACIENTE

Paciente masculino, de 8 años de edad que ingresa al Servicio de Cirugía.

Se presenta agudamente enfermo con dolor abdominal intenso y vómitos de tipo gástrico de 12 horas de evolución. Afebril, vigil, reactivo, con examen neurológico normal sin signos meníngeos ni foco motor; eucárdico, eupneico con buena mecánica respiratoria.

Examen físico: presenta abdomen doloroso generalizado con predominio en fosa ilíaca y flanco derecho, depresible, sin RHA y sin eliminación de gases ni materia fecal. Refiere antecedentes de apendicetomía laparoscópica por apendicitis aguda flegmonosa dos meses previo.

El laboratorio de ingreso presenta leucocitosis a predominio de neutrófilos, como dato positivo, el resto normal.

La ecografía abdominal indica la pre-

sencia de líquido libre en fondo de saco de Douglas y FID. Resto S/P.

Se le indica ayuno, PHP y protectores gástricos, asumiendo una conducta expectante.

El primer día de internación, desmejora su estado general, aunque continua afebril y sin signos de toxoinfección sistémica. Persiste, sin embargo, con ílio intestinal.

Ante un nuevo examen físico se evidencia abdomen tenso, doloroso a predominio en flanco y FID con reacción peritoneal. Se decide, entonces asumir una conducta quirúrgica.

CIRUGÍA

1° Gesto quirúrgico-Exploración laparoscopia: Se observa colección purulenta en fondo de saco de Douglas, espacios parietales y subfrénico derecho. Se constata muñón apendicular cerrado, retrocecal y subseroso, con múltiples adherencias que dificultan la disección por lo que se decide convertir la cirugía a cielo abierto.

2° Gesto quirúrgico-Laparotomía: Se observa infiltración parietal del líquido purulento en el espacio de Bogross. Ingresado a la cavidad peritoneal se procede a la liberación del ciego, constatándose muñón apendicular remanente de 4 cm de largo aproximadamente, con signos gangrenosos (*Figura 1*). Se practica la exéresis del muñón con ligadura de la base y jareta de invaginación. Aspiración, control de hemostasia y se deja un drenaje espirativo (tipo Jackson Pratt) en el espacio retrocólico derecho, que se exterioriza por contra abertura. Drenaje laminar en el Bogross, que sale al exterior a través de la herida quirúrgica.

Informe anatomopatológico

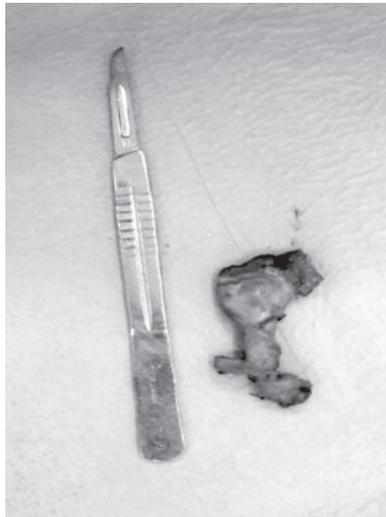
Se recibe apéndice cecal que mide 5 cm de longitud. Serosa con áreas blanquecinas. Al corte, luz dilatada con contenido fecaloide.

a. Departamento de Urgencias, Servicio de Cirugía.
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

DIAGNÓSTICO

Apendicitis aguda flegmonosa con periapendicitis.

Figura 1



Al 7º día postoperatorio, con buena evolución general se le otorga el Alta Hospitalaria. Habiendo cumplido 7º días de ATB parenteral (Ampicilina-Sulbactam + Gentamicina).

DISCUSIÓN

Rose en 1945 fue el primero en describir y tratar a un paciente con apendicitis del muñón que había sido ya apendicectomizado previamente.¹

Es una complicación muy rara, con una incidencia informada de 1 cada 50.000 casos, y representa verdaderos dilemas diagnósticos.¹⁻³ La dificultad encontrada en la bibliografía es que se trata, en general, de una afección mal definida, con importante subregistro y en su mayoría diagnosticada en pacientes adultos; por lo que se sugiere adoptar una visión crítica con el fin de prevenir esta complicación.²

Debido a que el paciente fue intervenido, en la primer cirugía por vía laparoscópica, se hallaron determinados trabajos incriminatorios a esta técnica, como la imposibilidad de una visión en 3 dimensiones y la ausencia de retroalimentación táctil directa. Esta suposición se contradice con un estudio, en pacientes adultos, de Liang et al., donde se describe, por el contrario, que alrededor del 66% de la apendicitis del muñón son secundarias a una apendicectomía abierta.³

Básicamente, esta complicación se debe a una mala identificación de la base apendicular, por diversos motivos tales como el apéndice de localización retrocecal, las múltiples adherencias, la colección abundante de pus, etc., lo que condiciona a dejar un muñón de más de 10 mm. Diversos estudios, incluso, recomiendan un muñón de 3 a 5 mm, actitud que consideramos sumamente dificultosa de realizar, teniendo en cuenta que se trata de un tejido flogótico y en algunos casos, sumamente friable.^{4,5}

En cuanto al tiempo transcurrido desde el procedimiento inicial, en el que se realiza la apendicectomía parcial hasta la recurrencia inflamatoria del muñón, en el caso presentado, fue de 2 meses. Mientras que en la bibliografía consultada fue muy variable, presentándose entre los 2 meses y los 50 años, a partir de la cirugía.^{6,7}

Ante la sintomatología descrita este diagnóstico debe considerarse, y no asumir que la apendicetomía anterior excluye una apendicitis recurrente o del muñón.⁶⁻⁸ El cuadro clínico coincide con un abdomen agudo quirúrgico clásico, dolor localizado en hemiabdomen derecho, que se acompaña de hipertermia con náuseas y/o vómitos. Los datos de laboratorio evidencian infección aguda, con leucocitosis y PCR elevada.⁸⁻¹⁰

Asimismo, tanto la ecografía como la TAC abdominal con contraste, deben ser considerados como los estudios complementarios de diagnóstico inicial.^{10,11}

Se destaca la exploración laparoscópica como instrumento eficaz de diagnóstico y eventual tratamiento, siempre que permita una buena visión de toda la anatomía, ya que facilita el procedimiento quirúrgico. En caso contrario, se recomienda realizar en el mismo acto una laparotomía –cirugía a cielo abierto–.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rose T. Recurrent appendiceal abscess. *Med J Aust* 1945; (32):659-62.
2. Subramanian A, Liang MK. A 60-year literature review of stump appendicitis: the need for a critical view. *Am J Surg* 2012; 203(4):503-7.
3. Liang MK, Lo HG, Marks JL. Stump appendicitis: a comprehensive review of literature. *Am Surg* 2006; 72(2):162-6.
4. Cirujano General. Enero-Marzo 2011; 33(1).
5. Constantin V, Popa F, Carâp A, et al. Stump appendicitis - an overlooked clinical entity. *Chirurgia (Bucur)* 2014; 109(1):128-31.
6. Crocco S, Pederiva F, Zanelli E, et al. Stump

- Appendicitis Seven Years after Appendectomy. *APSP J Case Rep* 2013; 4(2): 33. Published online Jul 31, 2013.
7. Abhinav Kumar, Anil Sharma, Rajesh Khullar, et al. Stump appendicitis: A rare clinical entity. *J Minim Access Surg* 2013; 9(4): 173-6.
 8. Roberts KE, Starker LF, Duffy AJ, et al. Stump Appendicitis: A Surgeon's Dilemma. *JSL* 2011;15(3).
 9. Guisasola Íñiguez A, Leunda Iruretagoyena M, Villanueva Mateo A, et al. Apendicitis de muñón apendicular. Una nueva observación. *Anales de Pediatría* 2007; 66(05).
 10. Aschkenasy MT, Rybicki FJ. Acute appendicitis of the appendiceal stump. *J Emerg Med* Jan 2005; 28(1):41-3.
 11. Robledo-Ogazón F, Bojalil-Durán L, Vargas-Rivas A, et al. Apendicitis del muñón apendicular. Informe de un caso. *Cir Ciruj* 2005; 73:311-314; <http://www.redalyc.org/pdf/662/66273412.pdf>

TEXTO RECIBIDO: 02/06/2014.

APROBADO 01/07/2014.