

Cartas al Editor

Apendicitis de muñón. ¿Una realidad infravalorada?

Palabras clave: Apendicitis del muñón. Apendicectomía.

Sr. Editor:

La apendicitis aguda representa la urgencia quirúrgica más frecuente que realiza un cirujano general, especialmente durante su formación, y es la principal causa de abdomen agudo quirúrgico en países occidentales (1). La apendicitis del muñón apendicular es una complicación muy rara de esta cirugía y desde la primera descripción por Rose (2) en 1945 se han publicado alrededor de 60 casos en la literatura (3). Presentamos dos nuevos casos de apendicitis del muñón haciendo especial hincapié en la necesidad de un diagnóstico y tratamiento precoz, que en muchas ocasiones se difiere, por lo insospechado del cuadro (4), produciendo un aumento de morbi-mortalidad con un alto índice de perforación y la necesidad de una cirugía más extensa (3,5).

Caso clínico

Caso 1. Varón de 31 años, apendicectomía laparoscópica ocho años antes. Cuadro de dolor en fosa iliaca derecha, náuseas y vómitos, leucocitosis con desviación izquierda de 3 días de evolución. La tomografía axial computarizada confirma el diagnóstico (Fig. 1). Se practica resección de un muñón apendicular de 3 cm a través de una incisión pararrectal. Fiebre en el postoperatorio inmediato, con alta a la semana.

Caso 2. Varón de 29 años, apendicectomía laparoscópica en otro centro dos años antes, sin disponer de informes. Dolor y

peritonismo en fosa iliaca derecha de tres días de evolución. Leucocitosis y desviación izquierda. Ecografía abdominal con engrosamiento del muñón apendicular. Se realiza extirpación del muñón de 1,5 cm a través de incisión de Mac Burney, siendo dado de alta tres días después sin complicaciones.

Discusión

La apendicitis de muñón es un término no muy bien definido, que se reporta siempre como una complicación muy rara de la apendicectomía, en la cual, el remanente apendicular aparece inflamado y produce una clínica muy similar a la apendicitis aguda en un paciente previamente apendicectomizado, con un

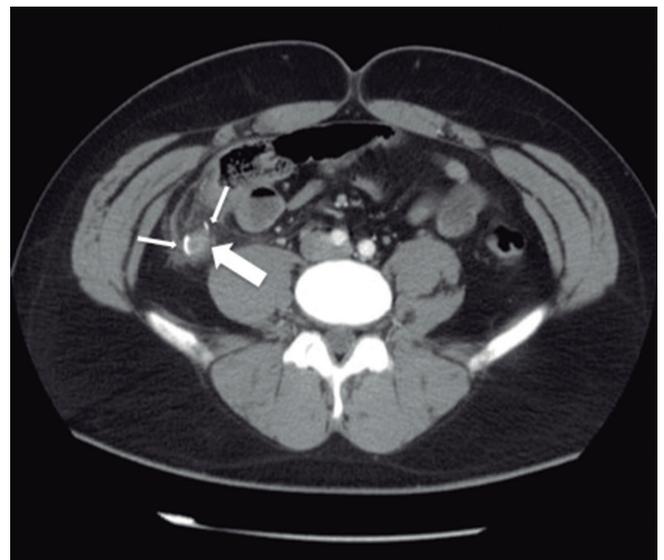


Fig. 1. Tomografía axial computarizada que demuestra inflamación del muñón apendicular con engrosamiento de la grasa que lo rodea (flecha gruesa) y adenopatías. Se observan las grapas de la cirugía previa correspondientes al muñón apendicular y al mesoapendice (flechas finas).

intervalo de aparición del cuadro que oscila entre los 4 días y los 50 años (mediana de 1 año), después de una apendicectomía abierta o laparoscópica (6,7).

La forma de presentación clínica más frecuente es el dolor de inicio en la fosa iliaca derecha con fiebre y leucocitosis (6), pudiendo hasta un 60% de los casos presentar perforación del muñón o del ciego en el momento de la cirugía (3-5). Se consideran factores de riesgo (3-5,7-9), el que la apendicitis fuese complicada, así como el tamaño de tejido apendicular residual, no habiéndose descrito casos en muñones menores de 0,5 cm, mientras que no existe evidencia científica de que la invaginación del muñón frente a la ligadura del mismo proteja de este cuadro, al igual que el uso de la vía laparoscópica frente a la convencional tampoco ha demostrado aumentar el riesgo, de hecho, de los casos descritos en la literatura, más del 65% son pacientes operados por vía abierta (3,5,7,8). Además de la clínica y la exploración física, en la mayoría de las ocasiones el diagnóstico de sospecha se complementa con pruebas de imagen, habiendo demostrado la tomografía axial computarizada más utilidad que la ecografía (3,5-7,9), siendo su tratamiento definitivo la extirpación quirúrgica del muñón inflamado (3,5,7,8), aunque comienzan a describirse con éxito manejos no quirúrgicos del cuadro mediante el uso de antibióticos endovenosos (6). Como conclusión final decir que debemos de sospechar este cuadro en cualquier paciente apendicectomizado con signos y síntomas clásicos de apendicitis, y erradicar la idea de que la apendicectomía previa descarta la posibilidad de volver a padecerla, para evitar complicaciones graves.

Dieter Morales-García¹, Ramón Castañera González¹,
Francisco José González Sánchez², Mónica González Noriega¹,
Joaquín Alonso Martín¹ y Manuel Gómez Fleitas¹

*Servicios de ¹Cirugía General y del Aparato Digestivo, y
²Radiodiagnóstico. Hospital Universitario "Marqués de
Valdecilla". Santander*

Bibliografía

1. Gil F, Morales D, Bernal JM, et al. Apendicitis aguda complicada. Abordaje abierto comparado con el laparoscópico. *Cir Esp* 2008;8:309-12.
2. Rose TF. Recurrent appendiceal abscess. *Med J Aust* 1945;32:659-62.
3. Subramanian A, Liang MK. A 60-year literature review of stump appendicitis: The need for a critical view. *Am J Surg* 2012;203:503-7. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2011.04.009
4. Buttrick SS, Choi JJ, Divino CM. Stump appendicitis after open and laparoscopic appendectomies. *Am Surg* 2012;78:143-4.
5. Liang MK, Lo HG, Marks JL. Stump appendicitis. A comprehensive review of literature. *Am Surg* 2006;72:162-6.
6. Leff DR, Sait MR, Hanief M, et al. Inflammation of the residual appendix stump: A systematic review. *Colorectal Dis* 2010;14:282-93. DOI: 10.1111/j.1463-1318.2010.02487.x
7. Truty MJ, Stulak JM, Utter PA, et al. Appendicitis after appendectomy. *Arch Surg* 2008;143:413-5. DOI: 10.1001/archsurg.143.4.413
8. Rodríguez JJ, Roig J, Puig J, et al. Apendicitis del muñón: una rara patología. *Rev Esp Enferm Dig* 2007;99:240-7.
9. Cases MJ, Campillo M, Mengual E, et al. Apendicitis del muñón apendicular: dos casos clínicos y revisión de la literatura. *Rev Esp Enferm Dig* 2009;101:506-19.