



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Apendicitis crónica ocasionada por fecalitos múltiples. Reporte de un caso



Álvaro José Montiel-Jarquín^{a,*}, Celso Ramírez-Sánchez^b, Eugenio García-Cano^a,
Nicolás González-Hernández^b, Fabiola Rodríguez-Pérez^c e Ivan Alvarado-Ortega^a

^a Jefatura de División de Investigación, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Traumatología y Ortopedia, Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla, México

^b Servicio de Cirugía General, Hospital Guadalupe, Puebla, México

^c Servicio de Anatomopatología, Hospital General Regional Número 36, Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla, México

Recibido el 18 de septiembre de 2015; aceptado el 18 de octubre de 2016

Disponible en Internet el 10 de diciembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Apendicitis crónica;
Fecalitos múltiples;
Dolor abdominal

Resumen

Antecedentes: El proceso inflamatorio apendicular es la causa más común de dolor abdominal crónico en la fosa iliaca derecha. La frecuencia de obstrucción de la luz apendicular por fecalito único va del 10 al 20%; se han descrito pocos casos de obstrucción por fecalitos múltiples.

Caso clínico: Varón de 69 años de edad, diabético, hipertenso, operado de resección intestinal hace 30 años. Cursó 6 meses con dolor intermitente, leve, en el hemiabdomen derecho; 14 días antes del ingreso tuvo un incremento del dolor, náuseas, vómitos, estreñimiento, distensión abdominal y ausencia de peristalsis. Leucocitos 12,750, neutrófilos 90%, radiografía simple de abdomen sin patrón intestinal específico, TAC con 3 imágenes densas en la fosa iliaca derecha. Se le realizó laparotomía exploradora y se encontró apéndice perforado con 3 fecalitos libres cercanos al ciego. El reporte histopatológico mostró fibrosis e infiltrado linfocítico en la capa muscular del apéndice cecal, compatible con apendicitis crónica.

Conclusiones: La obstrucción más frecuente de la luz apendicular es por un fecalito único. En este caso, el paciente presentó apendicitis crónica secundaria a la obstrucción de la luz apendicular por 3 fecalitos. Al revisar la literatura internacional no se encontró ningún caso de apendicitis crónica asociado a la presencia de fecalitos múltiples.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Diagonal Defensores de la República esquina 6 poniente s/n. Colonia Amor. Puebla, México. C. P. 72140
Teléfono: +52 222 2493099; extensión 208.

Correo electrónico: alvaro.montielj@imss.gob.mx (Á.J. Montiel-Jarquín).

KEYWORDS

Chronic appendicitis;
Multiple fecaliths;
Abdominal pain

Chronic appendicitis due to multiple fecaliths. A case report**Abstract**

Background: The appendix inflammatory process is the most common cause of chronic abdominal pain in the right lower quadrant. The frequency of appendiceal lumen obstruction by fecalith ranges from 10 to 20%; few cases of obstruction by multiple fecaliths had been reported.

Clinical case: Sixty-nine years old male, diabetic and hypertensive in control, he underwent bowel resection 30 years previously. He completed 6 months with intermittent, mild pain in the right lower quadrant abdomen; 14 days prior to admission with increasing pain, nausea, vomiting, constipation, abdominal distension and absence of peristalsis; 12,750 leukocytes, neutrophils 90%; plain abdominal radiography without specific bowel pattern, TAC with 3 dense images in right lower quadrant; exploratory laparotomy was performed and perforated appendix with 3 free fecaliths was found. Histopathological report showed fibrosis and lymphocytic infiltrate in the muscle layer of the cecal appendix consistent with chronic appendicitis.

Conclusions: The most common obstruction of the appendix lumen is by a single fecalith. In this case the patient had chronic appendicitis secondary to appendiceal lumen obstruction by multiple fecaliths. Reviewing the international literature any case of chronic appendicitis associated with the presence of multiple fecaliths was found.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

El dolor abdominal crónico en la fosa iliaca derecha es una causa común de consulta. En 1932 el Dr. Friedlander reportó que la apendicitis crónica es una afección de difícil diagnóstico porque en la exploración física los pacientes no tienen datos francos y es la dolencia quirúrgica que más frecuentemente lo origina^{1,2}, y en 1937 el Dr. Shelley intentó determinar si existe o no apendicitis crónica en pacientes sin datos en la historia clínica o en la exploración física de alguna enfermedad presente o pasada de la estructura apendicular, encontrando que en dos tercios se encontraban cambios patológicos³.

La afección apendicular benigna puede clasificarse en apendicitis aguda, la cual tiene una evolución progresiva, y apendicitis crónica, con una evolución lenta pero que presenta celularidad crónica en el estudio histopatológico, recurrente, en la cual el cuadro agudo se resuelve espontáneamente pero persiste una sintomatología intermitente, mal definida, dada por un tiempo mayor a un mes y cólico apendicular, el cual es un dolor transitorio secundario al compromiso luminal del apéndice cecal^{1,4}. El 44.6% de los pacientes con afección apendicular cursa con un cuadro clínico atípico, originado por edad avanzada, tratamiento medicamentoso previo, localización atípica del apéndice, tumores apendiculares y comorbilidades, principalmente la diabetes mellitus⁵, por lo que se requieren estudios complementarios para llegar al diagnóstico definitivo.

La causa obstructiva en la luz apendicular por un fecalito único se ha reportado en un 10 a un 20% de la población general y en el 10% de los pacientes que cursan con apendicitis aguda⁶; sin embargo, hay pocos reportes en la literatura sobre la obstrucción de la luz apendicular originada por más de un fecalito⁷.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso atípico de apendicitis perforada por 3 fecalitos.

Caso clínico

Se trata de un varón de 69 años de edad, diabético e hipertenso en control. Tiene el antecedente quirúrgico de una resección intestinal hace 30 años; se desconoce el sitio y la causa. Seis meses antes de consultar inicia con dolor abdominal intermitente en hemiabdomen derecho. Catorce días antes de su ingreso presentó un incremento discreto del dolor, náuseas, vómito en una ocasión, distensión abdominal, estreñimiento de 5 días, ausencia de peristalsis y de canalización de gases por recto. Se realizó manejo inicial con un inhibidor de la bomba de protones y bromuro de pinaverio por un médico de primer contacto; posteriormente presentó diarrea abundante, con lo que disminuyó parcialmente la sintomatología y fue enviado a nuestro servicio. Al ingreso presentaba dolor leve en hemiabdomen derecho, hiporexia, con ausencia de peristalsis, distensión abdominal, timpanismo y no había datos de irritación peritoneal ni maniobras positivas de exploración para apendicitis. En el laboratorio llamó la atención la presencia de leucocitosis de 12.750 con neutrofilia de 90%, glucemia de 170 mg/dl, elevación de la urea de 77 mg/dl, y de la creatinina de 2.7 mg/dl. La placa simple de abdomen no mostró un patrón patológico intestinal específico y se detectó una calcificación ovoidea tenue en el área de la fosa iliaca derecha (fig. 1). La tomografía axial computada sin contraste intravenoso mostró una imagen heterogénea en la región cecal con 3 calcificaciones indicativas de apendicolitos (fig. 2). Se le realizó una laparotomía exploradora, encontrando 100 ml de líquido libre purulento, fétido, y apéndice perforado con 3 litos libres en la cavidad, cercanos al ciego (fig. 3). En las laminillas de la pieza quirúrgica se observó la pared del apéndice cecal con infiltración linfocítica en la capa muscular (fig. 4), y en la tinción de tricrómico de Masson se dejaron ver fibras de colágeno o fibrosis (color azul) entre las fibras musculares (color rojo) (fig. 5).

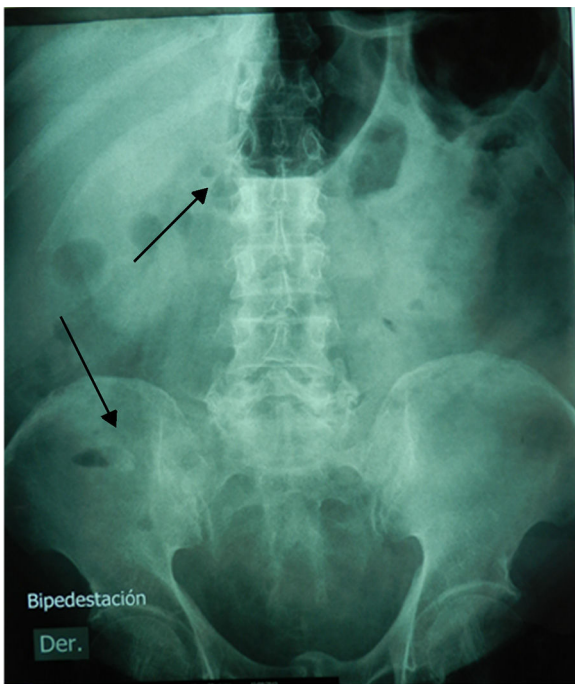


Figura 1 Radiografía simple de abdomen en bipedestación, la cual muestra poco gas intestinal, con un nivel hidroaéreo en el epigastrio probablemente en un segmento del colon transverso y una calcificación ovoidea, tenue, en la fosa iliaca derecha.

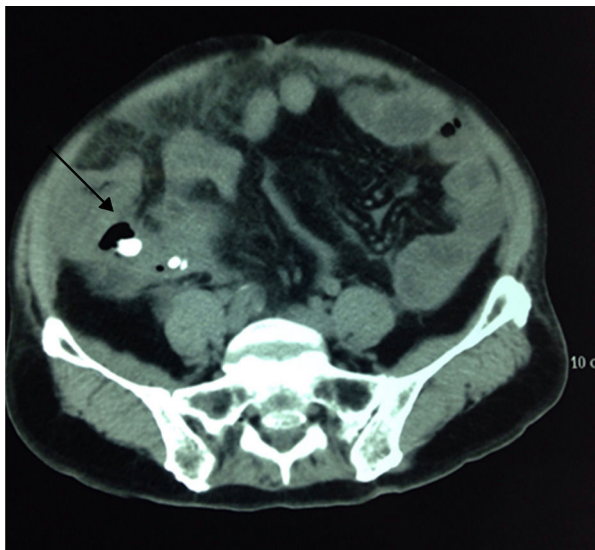


Figura 2 Tomografía axial computada sin medio de contraste intravenoso, que muestra una imagen aumentada de densidad amorfa, heterogénea, en la región cecal, que evidencia un proceso inflamatorio en el área periapendicular y en el tejido graso regional. En el espesor de esta imagen existen 3 calcificaciones indicativas de apendicolitos, densas en la fosa iliaca derecha, compatibles con fecalitos múltiples.

Discusión

El diagnóstico definitivo de un paciente con dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho es difícil^{1,7}. Las causas son variadas: adherencias, hernias, endometriosis, parasitosis



Figura 3 Apéndice cecal perforado y 3 fecalitos.

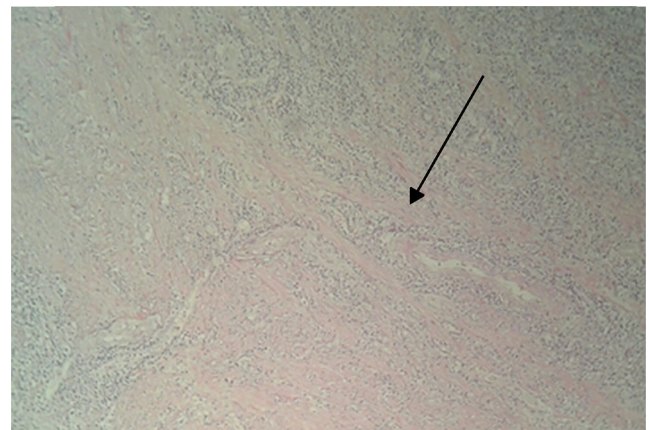


Figura 4 Estudio histopatológico ($\times 10$) que muestra la pared del apéndice cecal con infiltración por linfocitos en la capa muscular.

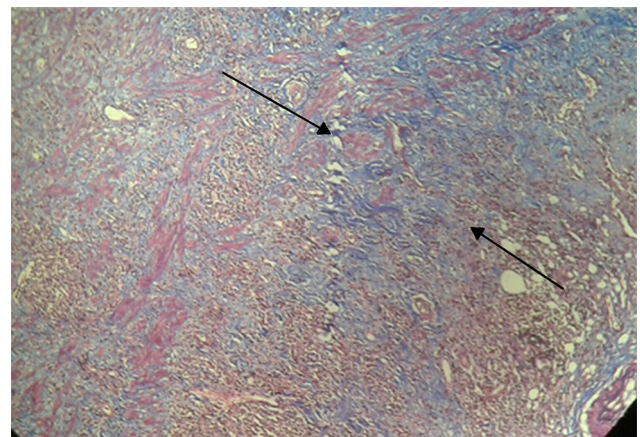


Figura 5 Estudio histopatológico ($\times 40$) con tinción tricrómica de Masson, la cual deja ver la presencia de fibrosis (color azul) entre las fibras musculares (color rojo) en el apéndice cecal.

en ciego, ileítis regional y apendicitis aguda, apendicitis recurrente o apendicitis crónica⁷.

El diagnóstico de apendicitis aguda es predominantemente clínico, ningún síntoma o signo por sí solo establece

o excluye su diagnóstico. La presentación clínica atípica se presenta en el 44.6% de los pacientes que cursan con apendicitis aguda y es dada por edad avanzada, comorbilidades y uso de medicamentos analgésicos y antibióticos, entre otros⁸. En el adulto mayor se incrementa hasta en un 70-85% por las anormalidades de origen gastrointestinal o genitourinario.

La apendicitis recurrente está dada por un cuadro de dolor abdominal en la fosa iliaca derecha, intermitente, con períodos de remisión parcial o total, y difiere del cuadro clínico de apendicitis crónica, en el que hay un dolor continuo con una duración de más de 4 semanas; en ambos casos el diagnóstico definitivo se realiza por histopatología, con la presencia de fibrosis con celularidad crónica en la capa muscular del apéndice cecal^{1,9}.

El fecalito apendicular único se observa entre el 9 y el 20% de los estudios radiológicos simples y se asocia a perforación apendicular con complicaciones. Hay pocos reportes de casos con fecalitos múltiples¹⁰.

La evolución que inicialmente fue insidiosa en este paciente, que cursó con dolor intermitente y difuso en todo el hemiabdomen derecho, sin fiebre ni datos de alarma peritoneal que hubieran podido hacer sospechar una afección apendicular, aunada a los antecedentes de diabetes mellitus y la senilidad, contribuyeron a esta evolución, como se describe en la literatura¹⁻³. A pesar de haber recibido tratamiento con bromuro de pinaverio y bloqueadores de la bomba de protones durante un tiempo prolongado, el paciente presentó solamente una mejoría leve del dolor, el cual en ningún momento llegó a remitir por completo.

Debido al incremento de la sintomatología presentada 14 días antes de su ingreso se decidió realizar estudios de laboratorio y gabinete, con lo que se corroboró la presencia de los 3 fecalitos por tomografía axial computada, lo que confirmó la sensibilidad diagnóstica del 95% de dicha prueba para la enfermedad apendicular^{11,12}. Tras la cirugía, el paciente tuvo una remisión total de la sintomatología, lo que confirma que la obstrucción de la luz apendicular por los fecalitos fue la causa del dolor abdominal que el paciente presentó durante todo este tiempo largo de evolución.

Podemos concluir que cuando un paciente senil con factores concomitantes como es la diabetes mellitus presente dolor abdominal crónico en hemiabdomen derecho se debe sospechar afección apendicular y solicitar estudios de laboratorio y gabinete para descartar o confirmar dicha etiología apendicular, y que el tratamiento quirúrgico es la elección ante la enfermedad apendicular obstructiva tanto aguda como crónica.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Crabbe M, Norwood S, Robertson H, Silva JS. Recurrent chronic appendicitis. *Surg Gynecol Obstet.* 1986;163:11-3.
2. Montiel-Jarquín AJ, Gómez-Conde E, Reyes-Páramo P, Romero-Briones C, Mendoza-García AV, García-Ramírez UN. Apendicitis crónica. Caso clínico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2008;46:431-4.
3. Shelley HJ. Chronic appendicitis. Is it a clinical entity? *Arch Surg.* 1938;37:17-45. <http://dx.doi.org/10.1001/archsurg.1938.01200010020003>.
4. Montiel-Jarquín AJ, Benítez-García AF, Huerta-Solís MA, Ramos-Álvarez G, Vargas-Maldonado TM. Tumor cecal debido a apendicitis crónica. Informe de un caso clínico. *Cir Gen.* 2005;27:233-7.
5. Ramírez Chacón JL. Apendicitis crónica como causa del dolor crónico en fosa iliaca derecha. *Rev Med Univ Costa Rica.* 2012;6:29-38.
6. Motta-Ramírez GA, Méndez-Colín E, Martínez-Utrera MJ, Bastida-Alquicira J, Aragón-Flores M, Garrido-Sánchez GA, et al. Apendicitis atípica en adultos. *Ann Radiol Mex.* 2014;13:1433-2165.
7. Blanco Figueroa JA, Alcaraz Silva J, Zamora Godínez R. Fecalito como signo radiológico en la apendicitis aguda. *Rev Fac Med UNAM.* 2015;58:44-5.
8. Gibert-Gerez J, Martínez-Ramos D, Alfaro-Ferreres L, Nomdedéu Guinot J. Endometriosis apendicular como causa de dolor crónico recurrente en la fosa iliaca derecha. *Cir Esp.* 2008;83:326-35.
9. Muñiz-Chavelas M, Núñez-Trenado LA, López-Flores C, Baquero MM, García-Álvarez J, Pérez-García R. Abdomen agudo quirúrgico en el paciente geriátrico. *Rev Hosp Jua Mex.* 2007;74:174-85.
10. Vidal A, Rico B, Ayuso M, Angulo J, Ruiz M, Muguerza J, et al. Dolor pélvico crónico: enfoque multidisciplinario. *Rev Soc Esp Dolor.* 2000;7:375-89.
11. Anderson KD, Parry RL. Appendicitis. En: O'Neill JA, Rowe MI, Grossfeld JL, Fongskrud EW, Coran AG, editores. *Pediatric surgery.* San Luis: Mosby; 1998. p. 1369-77.
12. Castro F, Castro I. Apendicitis aguda en el niño: cómo enfrentarla. *Rev Ped Elec.* 2008;5:16-9.