

Fístula apendicocutánea: complicación tardía de la apendicitis aguda

B. de Andrés Asenjo, J. Rabadán Jiménez, A.R. de Andrés Muñoz, C. Ferreras García y F. Fernández de la Gándara
Servicio de Cirugía General B (Dr. F. Fernández de la Gándara). Hospital Universitario. Valladolid.

Resumen

Los cuadros de dolor abdominal en la población infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) son frecuentes, debido a las enfermedades asociadas a este virus, por lo que a menudo se producen errores y retrasos en el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda, incrementándose la tasa de complicaciones.

En este trabajo se describe un caso de fístula apendicocutánea en un paciente infectado por el VIH al que no se le diagnosticó una apendicitis aguda.

Palabras clave: *Apendicitis aguda. Fístula apendicular. VIH.*

(*Cir Esp* 2001; 69: 607-609)

APPENDICAL-CUTANEOUS FISTULA: A LATE COMPLICATION OF ACUTE APPENDICITIS

Because of associated diseases, abdominal pain in human immunodeficiency virus (HIV)-infected patients is frequent. Consequently, diagnostic errors and delays in the treatment of appendicitis are common and the complication rate increases. We report a case of appendical-cutaneous fistula in an HIV-infected patient in whom acute appendicitis was not diagnosed.

Key words: *Acute appendicitis. Appendicular fistula. Human immunodeficiency virus.*

Introducción

Los pacientes seropositivos para el VIH y asintomáticos (estadio II) presentan las mismas enfermedades abdominales quirúrgicas que la población general, siendo igualmente comparable la tasa de morbilidad y mortalidad; a diferencia de los pacientes en el estadio sida, que se encuentran inmunodeprimidos y no presentan ni las mismas enfermedades (infección por citomegalovirus, sarcoma de Kaposi, linfoma no hodgkiniano) ni los mismos cuadros clínicos que la población seronegativa¹.

La apendicitis aguda en adultos con infección por el VIH es frecuente, siendo su incidencia igual que en la población general².

A menudo, se producen errores y retrasos en el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda, ya que la historia típica de dolor periumbilical que se irradia a fosa ilíaca derecha está con frecuencia ausente o alargada, y los signos o síntomas únicos no son útiles para distinguir la apendicitis de otros procesos ab-

dominales, por lo que pueden surgir diversas complicaciones, como la perforación apendicular o el absceso periapendicular, cuya tasa de aparición es del 40%³. El tratamiento de la apendicitis aguda es la apendicectomía simple, que en los pacientes con infección por el VIH puede realizarse sin mortalidad, y con una aceptable tasa de morbilidad del 20%².

Presentamos un caso de una fístula apendicocutánea que apareció como complicación tardía de una apendicitis aguda en un paciente con infección por el VIH.

Caso clínico

Se trata de un varón de 45 años, con antecedentes de infección por el VIH, en estadio A2, anticuerpos positivos de la hepatitis B y C, ex adicto a drogas por vía parenteral y con colitis ulcerosa en tratamiento.

Cuatro años antes presentó una tumoración dolorosa en la fosa ilíaca derecha de varios días de evolución y febrícula. A la exploración física, su abdomen era blando, depresible, doloroso a la palpación en la fosa ilíaca derecha, donde existía una tumoración dura, sin signos de irritación peritoneal y ruidos intestinales disminuidos.

En cuanto a las pruebas analíticas, los resultados fueron: hemoglobina 14,9 g/dl, hematocrito 43%, 10.500 leucocitos/ μ l

Correspondencia: Dra. B. de Andrés Asenjo.
P.º Zorrilla, 41, 12.º B. 47007 Valladolid.

Aceptado para su publicación en noviembre del 2000.



Fig. 1. Fistulografía a través del orificio cutáneo en la fosa ilíaca derecha, en la que se observa un asa intestinal llena de contraste.



Fig. 2. Pieza de resección del trayecto fistuloso y del apéndice.

con un 64,3% de neutrófilos y un 23,6% de linfocitos. Las radiografías de tórax y abdomen fueron normales.

Se realizó una ecografía abdominal que reveló la existencia de una masa de características ecográficas mixtas que correspondía a un absceso que atravesaba la pared abdominal, continuándose hasta la fosa ilíaca derecha. Fue intervenido quirúrgicamente, encontrándose un absceso pararrectal derecho infraumbilical, cuyo contenido se hallaba entre las fibras del músculo recto anterior derecho, y no parecía comunicarse con la cavidad abdominal. Se realizó un drenaje del absceso, teniendo el postoperatorio una evolución favorable.

A los 6 meses apareció un nuevo absceso de pared en la fosa ilíaca derecha que se drenó con anestesia local.

Recientemente, acudió a la consulta de cirugía por presentar en la cicatriz del drenaje un pequeño prolapso mucoso. Se realizó una fistulografía (fig. 1) que detectó una fístula intestinal, llenándose de contraste un asa intestinal, por lo que se realizó un tránsito intestinal que resultó normal. Respecto a los análisis sanguíneos, los resultados fueron: 4.300 leucocitos/ μ l con un 42,8% de neutrófilos y un 41% de linfocitos. El resto estaba dentro de la normalidad. Tras el estudio preoperatorio correspondiente, fue intervenido quirúrgicamente, observándose el apéndice fistulizado a piel, por lo que se realizaron una apendicectomía simple y una resección de todo el trayecto fistuloso (fig. 2). Durante el postoperatorio se formó un absceso de pared que requirió un drenaje y una extracción de varios puntos intolerantes.

Discusión

En los adultos con infección por el VIH la apendicitis no es rara, siendo su incidencia similar a la de la población general².

La causa más frecuente de apendicitis aguda es la obstrucción luminal por un fecalito, aunque la infección por citomegalovirus, la obstrucción por un linfoma no hodgkiniano y el sarcoma de Kaposi, todas ellas enfermedades asociadas al sida, también han sido descritas como factores etiológicos de apendicitis^{3,4}. LaRaja et al⁵ sugieren que el apéndice es particularmente propenso a la infección en pacientes con sida porque el ciego y el apéndice están irrigados predominantemente por arterias terminales, y cuando por la enfermedad aparece una vasculitis, se suelen producir gangrena o ulceración de la mucosa de dichas estructuras.

Los clásicos síntomas de dolor en la fosa ilíaca derecha, anorexia, fiebre y elevada leucocitosis no se aprecian en todos los enfermos con sida, el 39% no presenta fiebre y casi todos tienen menos de 10.000 leucocitos/ μ l. Generalmente, en más de dos tercios de los pacientes los leucocitos están aumentados por encima de la línea basal de las leucopenias relativas que presentan, lo que es común en el sida². Binderow y Shaked⁶ refieren que esta leucopenia puede ser debida a la respuesta inmune deprimida, a la alta frecuencia de mielodisplasia y al tratamiento con zidovudina que presentan estos enfermos. Muchos pacientes con infección por el VIH desarrollan síntomas abdominales en algún momento de su enfermedad⁷, y la gran mayoría de estos episodios abdominales están relacionados con infecciones entéricas oportunistas, organomegalias o linfadenopatías retroperitoneales⁸, que frecuentemente ceden con tratamiento médico. El dolor en la fosa ilíaca derecha se debe, a menudo, a la apendicitis aguda, pero enfermedades específicas del sida, como el sarcoma de Kaposi, el linfoma no hodgkiniano o la infección por citomegalovirus del apéndice o el ileon, pueden producir también este dolor⁹, por lo que podrían enmascarar el comienzo de una enfermedad quirúrgica aguda. Generalmente, estos pacientes presentan febrícula, pero puede aparecer fiebre elevada debida a una infección oportunista subyacente en otro órgano¹⁰.

En los pacientes con infección por el VIH o el sida es difícil establecer con rapidez un diagnóstico de apendicitis, debido a la clínica poco específica que presentan o bien por su enfermedad asociada, que puede tener una sintomatología similar a la del cuadro apendicular, y que no precisa trata-

miento quirúrgico. En nuestro caso, el paciente tenía episodios frecuentes de dolor abdominal que se atribuyeron a su colitis ulcerosa, por lo que se produjo un retraso en el diagnóstico de apendicitis, formándose un absceso en la pared abdominal de la fosa ilíaca derecha, y no se observó comunicación con la cavidad abdominal. Este retraso también se vio favorecido por la ausencia de leucocitosis y la desviación hacia la izquierda, lo que es frecuente en el sida². Muchos cirujanos emplean la ecografía, la TC y la laparoscopia para diagnosticar de una forma más certera el cuadro de apendicitis aguda cuando no existe una indicación clara de cirugía inmediata; la laparoscopia ha sido recomendada como un diagnóstico mínimamente invasivo y un procedimiento terapéutico que reduce el riesgo de transmisión del VIH y mejora el curso postoperatorio^{9,11}.

Debido a la dificultad para establecer un diagnóstico precoz de apendicitis en los pacientes con sida, existe un alto porcentaje de complicaciones debido al retraso del tratamiento quirúrgico, siendo frecuentes la perforación y el absceso periapendicular (40%)^{3,4}. Nuestro paciente presentó dos abscesos en la pared de la fosa ilíaca derecha que requirieron drenaje, no diagnosticándose su origen apendicular, por lo que el apéndice acabó fistulizándose a piel apareciendo un prolapso mucoso por la cicatriz del drenaje, complicación poco frecuente de la apendicitis. Savioz et al¹² piensan que en los pacientes con infección por el VIH y dolor agudo en la fosa ilíaca derecha, la decisión quirúrgica debería ser similar a la de los seronegativos; en los pacientes con sida, debido al estado inmunodeficiente que presentan, la cirugía sólo se consideraría en el caso de complicaciones secundarias.

La apendicectomía se realiza de forma estándar, con drenaje y manejo de la herida operatoria dependiendo de la existencia de gangrena, perforación o una colección localizada⁹. En nuestro paciente realizamos una apendicectomía simple con resección de todo el trayecto fistuloso.

La tasa de morbilidad postoperatoria observada en los pacientes con infección por el VIH es similar a la de la población seronegativa, a pesar de la leucopenia y la alta tasa de perforación; los antibióticos perioperatorios de amplio espectro y los fluidos intravenosos pueden haber contribuido a esta baja tasa de morbilidad y a la ausencia de mortalidad¹², lo que coincide con nuestro caso, en el que, a pesar de la administración de antibióticos perioperatorios, se formó un absceso en la herida operatoria que precisó drenaje y extracción de varios puntos intolerantes; una vez drenado, el paciente evolucionó con normalidad y en la actualidad se encuentra asintomático. En los pa-

cientes con sida existe una elevada tasa de mortalidad, debido a su estado inmunodeficiente y al retraso diagnóstico y terapéutico que se produce y que favorece la peritonitis generalizada¹, aunque Whitney et al² refieren que, después de una intervención precoz de apendicitis en los pacientes con sida, puede esperarse una mejor calidad de vida, una recuperación rápida y una baja morbilidad y mortalidad perioperatoria.

En los pacientes con infección por el VIH y sida son frecuentes los dolores abdominales, generalmente no quirúrgicos, por lo que es importante descartar un cuadro apendicular de forma precoz, empleando todos los métodos diagnósticos posibles para evitar la aparición de complicaciones que aumenten la tasa de morbilidad y mortalidad.

Bibliografía

1. Hammoud R, Achrafi H, Menegaux F, Caumes E, Gentilini M, Chigot JP. Abdominal surgical emergencies in human immunodeficiency virus (HIV) infected patients. A series of 34 cases. *Ann Chir* 1995; 49: 922-927.
2. Whitney TM, Macho JR, Russell TR, Bossart KJ, Heer FW, Schecter WP. Appendicitis in acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Surg* 1992; 164: 467-471.
3. Neumayer LA, Makar R, Ampel NM, Zukoski CF. Cytomegalovirus appendicitis in a patient with human immunodeficiency virus infection. Case report and review of the literature. *Arch Surg* 1993; 128: 467-468.
4. Ravalli S, Vincent RA, Beaton HL. Acute appendicitis secondary to Kaposi's sarcoma in the acquired immunodeficiency syndrome. *NY State J Med* 1991; 91: 401-403.
5. LaRaja FD, Rothenberg RE, Odom JW, Mueller SC. The incidence of intra-abdominal surgery in AIDS: a statistical review of 904 patients. *Surgery* 1989; 105: 175-179.
6. Binderow SR, Shaked AA. Acute appendicitis in patients with AIDS/HIV infection. *Am J Surg* 1991; 162: 9-12.
7. Kotler DP. Intestinal and hepatic manifestations of AIDS. *Adv Intern Med* 1989; 34: 43-71.
8. Macho JR. Gastrointestinal surgery in the AIDS patient. *Gastroenterol Clin North Am* 1988; 17: 563-571.
9. Lowy AM, Barie PS. Laparotomy in patients affected with human immunodeficiency virus: indications and outcome. *Br J Surg* 1994; 81: 942-945.
10. Mueller GP, Williams RA. Surgical infections in AIDS patients. *Am J Surg* 1995; 169 (Supl 5A): 34-38.
11. Tanner AG, Hartley JE, Darzi A, Rosin RD, Monson JRT. Laparoscopic surgery in patients with human immunodeficiency virus. *Br J Surg* 1994; 81: 1647-1648.
12. Savioz D, Lironi A, Zurbuchen P, Leissing C, Kaiser L, Morel P. Acute right iliac fossa pain in acquired immunodeficiency: a comparison between patients with and without acquired immune deficiency syndrome. *Br J Surg* 1996; 83: 644-646.