

13. Hartzell TL, Gardiner S, Skavdahl M. Portal venous gas in a patient with abdominal pain, Appendicitis. CJEM. 2010;12:525–6. 538-9.

Josep Martí*, Oscar Vidal, Guerson Benarroch, Josep Fuster y Juan Carlos García-Valdecasas

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josepmartis@yahoo.es (J. Martí).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.10.018>

Apendicitis aguda amebiásica

Acute amoebic appendicitis

La apendicitis aguda (AA) es la causa más frecuente de urgencia quirúrgica abdominal en nuestro medio, constituyendo alrededor del 60% de todos los cuadros de abdomen agudo quirúrgico¹. En los países occidentales, una causa muy poco frecuente de AA es la infección amebiana, aunque su incidencia es creciente debido a los fenómenos migratorios.

Presentamos el caso de un paciente varón de 38 años de edad, inmigrante de Burkina Faso en nuestro país desde hace 9 años. Acudió a urgencias por cuadro de dolor abdominal de 24 horas de evolución de inicio en mesogastrio y focalizado en las últimas horas en fosa iliaca derecha (FID), asociando fiebre de 38,4 °C sin diarrea ni otra sintomatología. A la exploración física destacaba dolor a la palpación en FID con defensa muscular y signos de irritación peritoneal a ese nivel. En la analítica de urgencias se observó una hemoglobina de 14 mg/dl, 17.460 leucocitos (85% de neutrófilos) y una actividad de protrombina del 94%. Se realizó una ecografía abdominal que informó de hallazgos compatibles con AA retrocecal. Se intervino de urgencia mediante abordaje laparoscópico, hallando AA purulenta con peritonitis purulenta circunscrita a FID. Se realizó apendicectomía laparoscópica. El paciente evolucionó favorablemente, siendo alta al 2.º día postoperatorio.

El informe anatopatológico informó de apéndice cecal con intenso infiltrado inflamatorio agudo, con áreas granulosas y periappendicitis, observando a mayor aumento la presencia de numerosos trofozoitos de *Entamoeba histolytica* entremezclados con material fibrinoinflamatorio a nivel de la luz apendicular (tinción hematoxilina-eosina) (fig. 1). Posteriormente se realizó tinción específica con la técnica de PAS (ácido periódico de Schiff), demostrando la presencia de trofozoitos de *Entamoeba histolytica* a nivel del magma que sustituye la mucosa apendicular (fig. 2). Con el diagnóstico de AA amebiásica se inició tratamiento antiparasitario con Metronidazol.

La AA parasitaria, es una entidad muy poco frecuente en los países occidentales, siendo la literatura sobre esta patología

muy escasa y limitada a comunicar algunos casos clínicos aparecidos por los crecientes fenómenos migratorios en nuestra sociedad. Otras revisiones realizadas en países subdesarrollados comunican una frecuencia de apendicitis por esta causa de entre el 2,3 y el 3,9% del total de AA intervenidas^{2,3}. Unas condiciones de vida precarias, la escasez de higiene y la ingesta del parásito en forma de quistes que posteriormente se transforman en trofozoitos, son las causas predisponentes más importantes en estos países.

La presencia de estos trofozoitos produce edema de la mucosa apendicular, con obstrucción de la luz y posterior infección apendicular⁴. El cuadro clínico de la apendicitis amebiásica no difiere normalmente de los síntomas habituales de AA (dolor en FID con defensa y febrícula), aunque puede asociarse un cuadro disentérico caracterizado por diarrea sanguinolenta con abundante moco, dolor abdominal

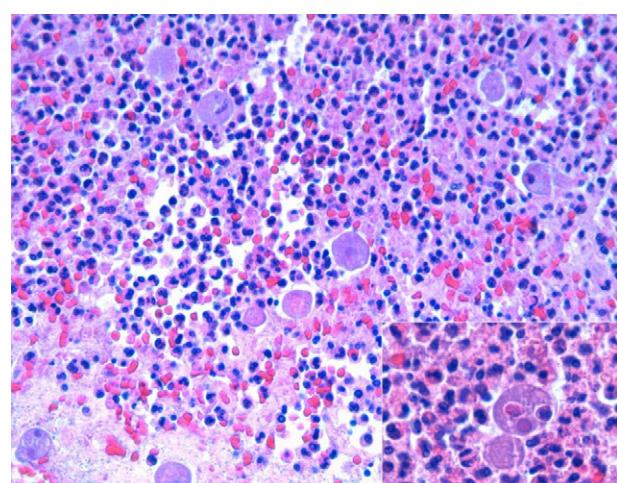


Figura 1 – Presencia de numerosos trofozoitos, que presentan un citoplasma de aspecto espumoso, un cariosoma central, a nivel de la luz apendicular.

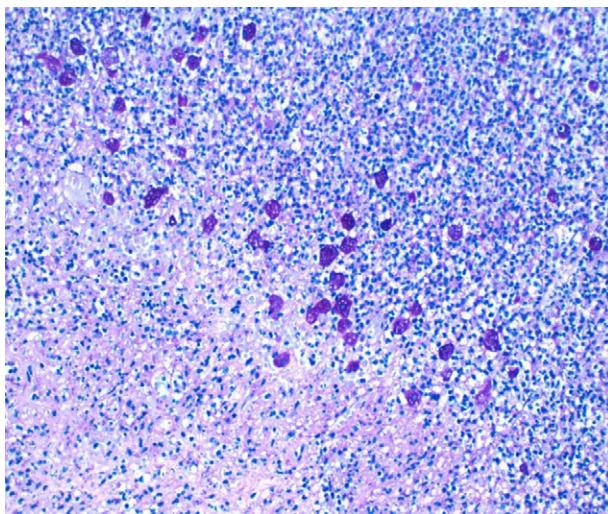


Figura 2 – Con la técnica de PAS se demuestra la presencia de trofozoitos de *Entamoeba histolytica* a nivel del tejido inflamatorio que sustituye a la mucosa apendicular.

y fiebre. La evolución postoperatoria de los pacientes con apendicitis amebiásica es similar a la del resto de los pacientes, excepto por el mayor porcentaje de fistulas intestinales (2,3 vs 0,07%)³. El tratamiento de elección de estos pacientes al igual que en la apendicitis clásica es la cirugía, seguida de una correcta cobertura antibacteriana generalmente con Metronidazol y un completo estudio del paciente en unidades especializadas mediante análisis de heces en fresco.

En conclusión, la apendicitis aguda por amebas es excepcional en nuestra sociedad, aunque el aumento de la inmigración en nuestro medio podría traer consigo un

aumento de su prevalencia, por lo que cobra gran importancia una correcta historia clínica sobre todo a pacientes con factores de riesgo. Los dos pilares fundamentales de esta enfermedad, son la cirugía y un correcto tratamiento anti-parasitario.

B I B L I O G R A F Í A

- Parrilla Paricio P, Luján Mompeán J, Hernández Aguera Q. Apendicitis aguda. Manual de la Asociación Española de Cirujanos. 2.^a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2011. p. 469–74.
- Guzmán-Valdivia G. Acute amebic appendicitis. World J Surg. 2006;30:1038–42.
- Essomba A, Chichom M, Fokou, Ouassouo P, Masso P, Esiene A, et al. Acute abdomen of parasitic origin: retrospective analysis of 135 cases. Ann Chir. 2006;131:194–7.
- Ravdin J. Amebiasis. Clin Infect Dis. 1995;20:1453–66.

Israel Abellán^{a,*}, Vicente Munitiz^a, Jesús Abrisqueta^a, María Jose López^b y Pascual Parrilla^a

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isra_ab18@hotmail.com (I. Abellán).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.10.013>

Bypass biliopancreático laparoscópico sin gastrectomía por puerto único

Single port laparoscopic biliopancreatic bypass without gastrectomy

Introducción

La cirugía laparoscópica se ha impuesto a la cirugía abierta en el tratamiento de la obesidad mórbida. Ello ha contribuido a disminuir el trauma quirúrgico sobre los pacientes y a facilitar la cirugía a los cirujanos. En la actualidad nos enfrentamos a la necesidad de mejorar los tratamientos, optimizando la técnica y minimizando el estrés y las complicaciones del paciente.

Uno de los caminos que estamos explorando es la disminución del número de las heridas quirúrgicas, a través del desarrollo de técnicas por puerto único.

Después de haber probado múltiples dispositivos de puerto único y realizado numerosas técnicas, como: apendicectomía, colecistectomía, reconstrucción de Hartmann, hemicolecctomía derecha, hemicolecctomía izquierda, bypass gástrico o manga gástrica decidimos practicar el bypass biliopancreático laparoscópico sin gastrectomía. Las indicaciones incluyen