

# Diagnóstico preoperatorio por métodos de imagen de una apendicitis del muñón

I.D. Carcacia<sup>a</sup>, J.L. Vázquez<sup>a</sup>, M. Iribarren<sup>b</sup> y H. Pardellas<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Universitario de Vigo. Vigo. Pontevedra. España.

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía General y Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo. Pontevedra. España.

## Preoperative diagnostic imaging in stump appendicitis

La apendicitis del muñón es una entidad rara en la que a menudo el diagnóstico se retrasa y se lleva a cabo en el quirófano. El conocimiento de esta entidad hace que sea posible su diagnóstico preoperatorio por métodos de imagen, disminuyendo la morbilidad de la misma. Presentamos a una paciente con una apendicitis del muñón apendicular diagnosticada preoperatoriamente por medio de radiografía simple y tomografía computarizada abdominal.

Stump appendicitis is a rare condition in which the diagnosis is often delayed and is eventually reached during exploratory surgery. Knowledge of stump appendicitis makes it possible to reach the diagnosis using imaging techniques and thereby reduce the morbidity of this condition. We present the case of a patient with appendicitis of the appendicular stump that was diagnosed prior to surgery using plain-film radiography and abdominal CT.

**Palabras clave:** muñón apendicular, apendicitis, apendicectomía, TC.

**Key words:** appendicular stump, appendicitis, appendectomy, CT.

## INTRODUCCIÓN

La inflamación del muñón apendicular es una entidad poco frecuente. Su diagnóstico a menudo se retrasa y se lleva a cabo en el quirófano, debido a que no es sospechado desde el punto de vista clínico dados los antecedentes de apendicectomía. El diagnóstico preoperatorio puede establecerse con confianza por métodos de imagen, a pesar de que el número de casos publicados en la literatura médica es aún escaso<sup>1,2</sup>.

Presentamos el caso de una apendicitis del muñón en una mujer de 33 años, en la que el diagnóstico se sugirió preoperatoriamente por los hallazgos de la radiografía simple de abdomen y del TC abdominal.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 33 años que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital presentando dolor abdominal de 48 horas de evolución. Al inicio, el dolor abdominal se localizaba en epigastrio, era de intensidad creciente y continuo, migrando posteriormente hacia FID. Presentaba, además, náuseas y algún vómito aislado, con sensación distérmica. Deposiciones normales. Sin molestias urinarias. Como antecedentes personales destacaban: apendicectomía a los 5 años de edad y ligadura de trompas 8 años antes.

En la exploración física la paciente tenía fiebre de 38,5 °C y dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha (FID), con defensa y

signo de Blumberg positivo. En el hemograma existía una leucocitosis (22 ml/mmc) con neutrofilia (88%).

La radiografía simple de abdomen mostraba una imagen redondeada, laminada de densidad calcio en FID (fig. 1).



Fig. 1.—Radiografía simple de abdomen. Apendicolito en FID.

### Correspondencia:

IVANA D. CARCACÍA HERMILLA. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. C/ Pizarro, 22. 36204 Vigo. Pontevedra. España. ivanadolore@yahoo.es

Recibido: 12-V-05

Aceptado: 12-VII-05

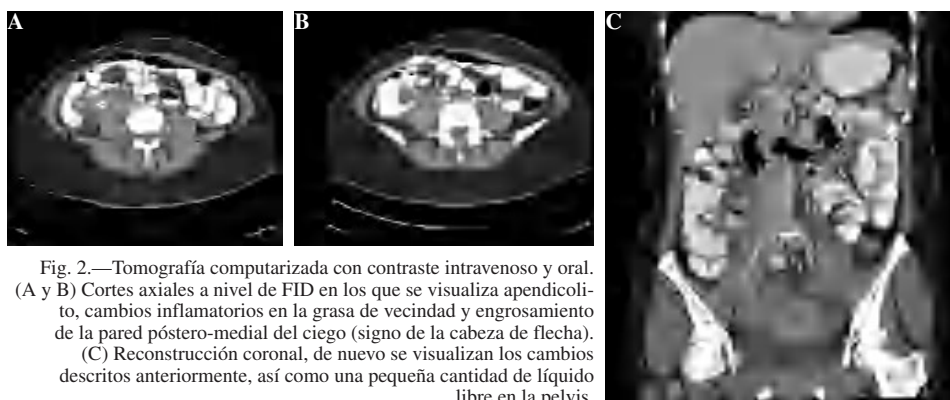


Fig. 2.—Tomografía computarizada con contraste intravenoso y oral. (A y B) Cortes axiales a nivel de FID en los que se visualiza apendicolito, cambios inflamatorios en la grasa de vecindad y engrosamiento de la pared póstero-medial del ciego (signo de la cabeza de flecha). (C) Reconstrucción coronal, de nuevo se visualizan los cambios descritos anteriormente, así como una pequeña cantidad de líquido libre en la pelvis.

Se realizó tomografía computarizada (TC) abdominal con administración de contraste oral e intravenoso. En dicho estudio se visualizó una imagen de densidad calcio, oval, de aproximadamente 14 mm de diámetro máximo, situada en FID, asociada a cambios inflamatorios en la grasa de vecindad, así como engrosamiento de la pared póstero-medial del ciego. Se observaba además una pequeña cantidad de líquido libre en pelvis (fig. 2). Los hallazgos eran indicativos de apendicitis, y dado el antecedente de apendicectomía, se sugirió el diagnóstico de apendicitis del muñón.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente, realizándose disección de ciego e íleon distal. Se observó un absceso retroperitoneal asociado a proceso inflamatorio agudo del muñón apendicular, con apendicolito en su interior (fig. 3). Además, se realizó resección de divertículo de Meckel de gran tamaño no complicado.

El estudio anatomopatológico confirmó la existencia de un muñón apendicular residual con cambios histológicos en relación con apendicitis aguda gangrenosa.

## DISCUSIÓN

La apendicitis del muñón es una complicación rara después de una apendicectomía<sup>1</sup>. Pocos casos han sido descritos en la literatura médica<sup>2</sup>. Su tasa de incidencia y prevalencia en la población general no se conoce con exactitud, pero se cree que probablemente estén infraestimadas<sup>2,3</sup>.

Aunque los signos y síntomas no difieren de una apendicitis aguda, el diagnóstico a menudo no es considerado a causa de la historia quirúrgica previa<sup>1</sup>. Esto conduce a un retraso en el diagnóstico, que habitualmente se realiza durante la cirugía, con un aumento asociado de las complicaciones y con un curso postoperatorio más tórpido<sup>3</sup>. El intervalo entre la cirugía original y la presentación de este cuadro puede ser tan corto como 2 semanas y tan largo como 50 años, según se desprende de la literatura<sup>1</sup>. En nuestro caso el intervalo fue de 28 años.

Algunos autores han relacionado esta entidad con la longitud del muñón residual<sup>1-4</sup>. Los casos se presentaron en pacientes a los que se les había practicado una ligadura simple del apéndice, sin invaginación del muñón<sup>4</sup>. Además, se ha implicado como posible causa adicional el uso de la cirugía laparoscópica en la apendicitis aguda; probablemente debido a la dificultad para amputar la salida del apéndice en su origen en la base del ciego<sup>1</sup>.



Fig. 3.—Hallazgos operatorios. El ciego exteriorizado y levantado nos muestra el muñón apendicular con el apendicolito en su interior. A su izquierda y al fondo (bajo la pinza de Kelly) se observa la cavidad residual del absceso retroperitoneal ya abierto y drenado.

La apendicitis del muñón se puede diagnosticar preoperatoriamente por métodos de imagen, ya sea tomografía computarizada (TC) o ultrasonidos<sup>2</sup>. Ciertamente se podría sospechar el diagnóstico con la radiografía simple de abdomen si visualizamos un apendicolito en el contexto clínico adecuado. Ahora bien, podemos establecer el diagnóstico con casi total certeza mediante el uso de la TC con la visualización de signos directos como el muñón inflamado, o más frecuentemente por signos secundarios de apendicitis como son: apendicolito, estriación de la grasa mesentérica de vecindad o engrosamiento focal de la pared del ciego, que característicamente se conoce como signo de la «cabeza de flecha». Este signo consiste en una colección de contraste en la porción superior del ciego apuntando hacia el origen del apéndice<sup>4,5</sup>. En nuestra paciente, la conjunción de antecedente de apendicectomía, dolor en FID y la presencia en la TC de apendicolito, estriación de la grasa adyacente y signo de la cabeza de flecha, nos permitió establecer con confianza el diagnóstico de apendicitis del muñón.

Además, la TC abdominal no sólo posibilita el diagnóstico de esta entidad, sino también excluir otros diagnósticos alternativos (enfermedad de Crohn, tuberculosis, patología ginecológica, etc.)<sup>3</sup>.

En conclusión, la apendicitis del muñón es una entidad poco frecuente. El diagnóstico preoperatorio puede ser establecido por métodos de imagen. El conocimiento de este proceso hace posible un diagnóstico temprano de la misma, permitiendo un manejo adecuado del paciente y minimizando posibles complicaciones posteriores.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aschkenasy MT, Rybicki FJ. Acute appendicitis of the appendiceal stump. *J Emerg Med*. 2005;28:41-3.
2. Baldisserotto M, Cavazzola S, Cavazzola LT, Lopes MH, Mottin CC. Acute edematous stump appendicitis diagnosed preoperatively on sonography. *AJR Am J Roentgenol*. 2000;175:503-4.
3. Filippi de la Palavesa MM, Vaxmann D, Campos M, Guth S, Dietemann JL. Appendiceal stump abscess. *Abdom Imaging*. 1996;21:65-6.
4. Rao PM, Sagarin MJ, McCabe CJ. Stump appendicitis diagnosed preoperatively by computed tomography. *Am J Emerg Med*. 1998;16:309-11.
5. Rao PM, Wittenberg J, McDowell RK, Rhea JT, Novelline RA. Appendicitis: Use of arrowhead sign for diagnosis at CT. *Radiology*. 1997;202:363-6.

### **Declaración de conflicto de intereses.**

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.