

# ¿Existe la apendicitis del muñón apendicular?

A. García Baglietto, C. Barceló Cañellas, C. Marhuenda Irastorza

*Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.*

## RESUMEN

**Introducción.** La apendicitis del muñón es la inflamación del tejido apendicular remanente tras la apendicectomía después de un periodo de tiempo variable. Es una patología de muy rara aparición con escasez de casos publicados en niños, de ahí su relevancia clínica, en la cuál el retraso en el diagnóstico puede conllevar una morbilidad elevada.

**Caso clínico.** Niña de 10 años de edad intervenida de apendicitis flemono-gangrenosa por vía laparoscópica que, a los 45 días de la intervención presenta un nuevo cuadro clínico compatible con apendicitis aguda. Se practica ecografía y TAC abdominal que confirman la sospecha diagnóstica de apendicitis del muñón. Se interviene nuevamente por vía laparoscópica y se reseca el resto del muñón apendicular, con una evolución posterior favorable y sin nuevas complicaciones.

**Comentarios.** El interés de este caso es presentar esta patología tan poco frecuente, especialmente en pediatría, así como el tratamiento y la forma de prevenir dicha complicación recalando la importancia de la correcta identificación de la base apendicular o unión ceco-apendicular en la cirugía inicial de la apendicitis.

**PALABRAS CLAVE:** Apendicitis del muñón; Apendicectomía; Complicación apendicectomía.

**Comments.** What is interesting about this case is to describe this rarely seen pathology, specially in paediatrics, as well as the treatment and the prevention of such complication highlighting the importance of the correct identification of the appendicular base o caecum-appendicular union in the initial surgery.

**KEY WORDS:** Stump appendicitis; Appendectomy; Appendectomy complication.

## INTRODUCCIÓN

La apendicitis del muñón es la inflamación del tejido apendicular remanente tras la apendicectomía después de un intervalo de tiempo muy variable, estando descrita desde los 4 días hasta los 40 años después de la misma<sup>(1,2)</sup>. Se trata de una patología de muy rara aparición, pero que debe estar presente en el diagnóstico diferencial de niños con clínica de dolor abdominal localizado en hemiabdomen inferior derecho y antecedente de apendicectomía ya que el retraso en el diagnóstico puede acarrear una morbimortalidad elevada y, tanto pediatras como cirujanos deben pensar en ella<sup>(2)</sup>. La publicación de casos de apendicitis del muñón en pediatría es excepcional por eso nos parece de interés su presentación.

## CASO CLÍNICO

Niña de 10 años de edad que acude al Servicio de Urgencias por un cuadro de dolor abdominal de 3-4 días de evolución; el dolor está localizado en fosa ilíaca derecha (FID) sin irradiación y sin náuseas o vómitos. Su ingesta ha sido correcta hasta el momento y no se ha alterado su ritmo deposicional. A la exploración física muestra un dolor selectivo a la palpación en FID, con defensa e irritación peritoneal en dicha zona. Como antecedente patológico de interés destaca la apendicectomía laparoscópica (apéndice flemono-gangrenoso) practicada 45 días antes.

Se realiza una analítica que muestra leucocitos 7.550/μl (neutrófilos 65,5% y linfocitos 20,8%) y PCR de 0,61 mg/

## IS THERE APPENDICEAL STUMP APPENDICITIS?

### ABSTRACT

**Introduction.** Stump appendicitis is the remaining appendicular tissue inflammation after a variable length of time. It is a very infrequent pathology with a paucity in pediatric publications, and given the fact that a delay in its diagnosis could lead to an increased morbidity, this is the reason of its clinical relevance.

**Clinical case.** A 10 years old girl who had laparoscopic excision of a flemonous-gangrenous appendicitis and who 45 days after surgery showed new clinical symptoms compatible with a diagnosis of acute appendicitis. Abdominal ultrasound and CAT scans were suggestive of stump appendicitis. On a second laparoscopic operation, the rest of the stump was removed with full recovery and without complications.

**Correspondencia:** Dr. Adolfo García Baglietto. Hospital Universitario Son Espases. Carretera de Valldemossa, 79. 07120 Palma de Mallorca. E-mail: adolfogarciabaglietto47@gmail.com

Recibido: Marzo 2016

Aceptado: Junio 2016



**Figura 1.** Ecografía abdominal: formación quística alargada con pared ecogénica y ecos en su parte más declive, de 2 x 1 cm que sale de la base del ciego (línea blanca).

dl (normal de 0-0,5 mg/dl). La ecografía abdominal (Fig. 1) sugiere la presencia de un muñón apendicular distendido. Para completar el estudio se practica una TAC abdominal (Fig. 2) que confirma los hallazgos ecográficos.

La paciente ingresa con tratamiento antibiótico. Permanece afebril y tolerando alimentación correctamente.

Debido a la persistencia del dolor selectivo en FID que no mejora a pesar del tratamiento médico y con el diagnóstico radiológico de apendicitis del muñón, es intervenida a las 48 horas de su ingreso. Por vía laparoscópica se realiza la exéresis de la base apendicular, de unos 2 cm de longitud aproximadamente, que se encuentra muy inflamada y adherida al ciego. Se deja un drenaje en el lecho quirúrgico que se mantiene durante las primeras 18 horas.

El postoperatorio evoluciona de forma satisfactoria, con desaparición del dolor e ingesta oral correcta, por lo que es dada de alta al día siguiente de la intervención. Tras 18 meses de seguimiento, la paciente está totalmente asintomática y sin nuevos episodios de dolor abdominal.

La anatomía patológica de la pieza remitida (1,5 cm longitud x 1 cm de ancho) demuestra la existencia de un tejido fibroso con infiltrado inflamatorio mixto.

## COMENTARIOS

Se define la apendicitis del muñón como la inflamación del tejido apendicular remanente tras la apendicectomía cuya clínica es indistinguible de una apendicitis y que puede manifestarse desde días a años después de la apendicectomía<sup>(2)</sup>.

La incidencia publicada es muy baja (aproximadamente unos 90 casos publicados en toda la literatura)<sup>(3,4)</sup>, aunque es



**Figura 2.** TAC abdominal: estructura tubular en dedo de guante de aproximadamente 2 cm de longitud, originada en el ciego y con marcados cambios inflamatorios de la grasa adyacente (flecha negra).

probable que la incidencia real sea mayor debido a la falta de publicación de las complicaciones quirúrgicas. De hecho, en niños existen muy pocos casos publicados en la literatura<sup>(5,6)</sup>.

La apendicitis del muñón se produce por la inflamación del tejido apendicular que ha quedado al realizar una apendicectomía tras una errónea identificación de la base apendicular o de la unión ceco-apendicular. Se puede producir siempre que el muñón restante sea de más de 5 mm de longitud<sup>(1)</sup>. Ciertos factores que pueden contribuir al error en la técnica quirúrgica son una extensa inflamación en la zona, una inadecuada exposición del campo quirúrgico o la inexperiencia del cirujano<sup>(4)</sup>.

Es importante realizar un diagnóstico precoz para evitar la morbilidad asociada (absceso intraabdominal o perforación intestinal) así como consultas o exploraciones complementarias innecesarias. La clínica es la misma que la de una apendicitis aguda pero además debe sospecharse en determinadas circunstancias: cicatriz supurada crónica que no cura o aparición de una fístula cutánea infectada; dolor recurrente en FID de causa desconocida; plastrón inflamatorio o peritonitis en FID después de una apendicectomía<sup>(5)</sup>.

Cuando existe la sospecha de una apendicitis del muñón, la mejor exploración complementaria para llegar al diagnóstico es una TAC<sup>(7)</sup> que puede mostrar un engrosamiento o cambios inflamatorios en la base del ciego; un plastrón inflamatorio, absceso encapsulado o un apendicolito en FID después de una apendicectomía. Otras técnicas diagnósticas que se pueden utilizar cuando la TAC no es concluyente son una fistulografía o un enema opaco (no recomendable realizarlo en la fase aguda por riesgo de perforación)<sup>(3,5)</sup>.

Cuando se realiza la cirugía de la apendicectomía, la extirpación de un apéndice de menos de 4 cm de longitud debe hacer sospechar al cirujano la presencia de un muñón mayor de 5 mm, que puede volverse a inflamar y ocasionar un nuevo episodio de apendicitis<sup>(4)</sup>. Aunque resulte obvio, en la intervención quirúrgica de la apendicectomía, es fundamental la correcta identificación de la base apendicular, la resección completa de todo el apéndice para así evitar la reinflama-

ción del muñón apendicular. Por ello, se podría pensar que dicha complicación aparece más en los casos de apendicitis complicadas donde la identificación de la base apendicular, en ocasiones, puede ser muy dificultosa por la inflamación existente. Sin embargo, en la literatura no se ha demostrado que la apendicitis del muñón aparezca más en las apendicitis complicadas<sup>(7)</sup>. Asimismo, tampoco se ha demostrado la creencia de que la apendicectomía laparoscópica (debido a su visión bidimensional y falta de tacto para identificar correctamente la base del apéndice) tenga un riesgo mayor de apendicitis del muñón comparado con la cirugía abierta; en revisiones bibliográficas que comparan ambas técnicas, la apendicitis del muñón aparece en el 41% de los casos que fueron intervenidos inicialmente por vía laparoscópica vs. el 59% en los que se realizó cirugía abierta<sup>(3,7)</sup>.

El tratamiento de la apendicitis del muñón es quirúrgico, ya sea por vía laparoscópica o mediante cirugía abierta y, de forma aguda o diferida para evitar nuevas inflamaciones del tejido apendicular residual<sup>(2,3)</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Roberts KE, Starker LF, Duffy AJ, Bell RL, Bokhari J. Stump appendicitis: a surgeon's dilemma. *JSLs*. 2011; 15: 373-8.
2. Rios RE, Villanueva KM, Stirparo JJ, Kane KE. Recurrent (stump) appendicitis: a case series. *Am J Emerg Med*. 2015; 33: 480.e1-2.
3. Kanona H, Al Samaraee A, Nice C, Bhattacharya V. Stump appendicitis. A review. *Int J Surg*. 2012; 10: 425-8.
4. Papi S, Pecchini F, Gelmini R. Stump appendicitis: a rare and unusual complication after appendectomy. Case report and review of the literature. *Ann Ital Chir*. 2014; 7: 85(epub). pii: S2239253X14022270.
5. Tang XB, Qu RB, Bai YZ, Wang WL. Stump appendicitis in children. *J Pediatr Surg*. 2011; 46: 233-6.
6. Waseem M, Devas G. A child with appendicitis after appendectomy. *J Emerg Med*. 2008; 34: 59-61.
7. 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.