

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS DE LA APENDICITIS DE MUÑÓN

ANDRÉS ZANFARDINI, MARTINA JULIANA FERNÁNDEZ, GINA RODRIGUEZ

Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

Resumen La apendicitis del muñón es una complicación poco frecuente de la apendicectomía. Puede aparecer desde unas semanas a varios años luego del procedimiento quirúrgico. Para arribar a su diagnóstico es necesario un alto índice de sospecha. El objetivo de esta publicación es hacer una reseña de dos casos de esta entidad ocurridos en nuestra institución y mencionar sus hallazgos imagenológicos más frecuentes. La tomografía computarizada es un excelente método para valorar esta entidad, no solo para su diagnóstico sino también para descartar otras patologías que presentan un cuadro clínico similar.

Palabras clave: apendicitis, muñón, complicaciones, tomografía computarizada, ecografía, abdomen agudo

Abstract *Imagenological findings of stump appendicitis.* Stump appendicitis is a rare complication of appendectomy. It may develop from a few weeks to several years after the surgical procedure. To achieve its diagnosis a high index of suspicion is necessary. The objective of this publication is to make a review of two cases of this entity that occurred in our institution and to mention its most frequent imaging findings. Computed tomography is an excellent method to assess this entity, not only for its diagnosis but also to rule out other pathologies that present similar clinical features.

Key words: appendicitis, stump, complications, computed tomography, ultrasound, acute abdomen

La apendicitis del muñón es una complicación tardía y rara de una apendicectomía y por ende es una causa infrecuente de dolor abdominal agudo. Presenta una incidencia de 1 cada 50 000 apendicectomías¹. Debido a que se expresa clínicamente como una apendicitis aguda en pacientes que ya tuvieron apendicectomía, su diagnóstico suele ser tardío, razón por la cual es importante tener un alto índice de sospecha.

El objetivo de esta publicación es hacer una reseña de dos casos de esta entidad ocurridos en nuestra institución y mencionar sus hallazgos imagenológicos más frecuentes.

Caso clínico 1

Varón de 42 años con antecedente quirúrgico de apendicectomía laparoscópica por apendicitis flegmonosa 9 meses antes. Se presentó al servicio de emergencias de nuestra institución con dolor abdominal de 24 h de evolución, localizado principalmente en fosa ilíaca derecha, asociado a registro subfebril de 37.6 °C y leucocitosis leve (11 900 glóbulos blancos). Al examen físico presentaba abdomen blando, depresible,

doloroso en hemiabdomen derecho con defensa, sin dolor a la descompresión. Se solicitó una ecografía de abdomen donde se visualizó distensión con engrosamiento de asas de intestino delgado a nivel de la fosa ilíaca derecha próximas al íleon terminal. Posteriormente se realizó una TC de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso (Fig. 1) donde se observó imagen tubular con diámetro anteroposterior de 15 mm, en relación al fondo cecal, la cual se asoció a alteración de los planos grasos regionales y líquido libre que se extendía hasta la pelvis menor. Dichos hallazgos fueron interpretados como proceso inflamatorio a nivel del remanente apendicular. La laparoscopia exploradora confirmó el diagnóstico.

Caso clínico 2

Mujer de 38 años con antecedente de apendicectomía laparoscópica (apendicitis aguda necropurulenta con absceso periapendicular asociado) 10 meses anterior a la consulta en nuestro hospital. A la anamnesis refirió dolor abdominal intenso de 12 h de evolución a predominio de epigastrio que se irradiaba a la fosa ilíaca derecha (FID) asociado a náuseas y vómitos. En el laboratorio se constató 13 120 glóbulos blancos (con aumento de polimorfonucleares) y en el examen físico un abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hemiabdomen derecho, con predominio de hipocondrio, y flanco derecho con defensa y sin dolor a la descompresión. Se solicitó una TC de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso (Fig. 2) en la que se constató una imagen tubular de 12 mm de diámetro en relación al ciego que mostraba realce tras la administración de contraste. Asimismo, se observó marcada alteración de planos grasos adyacentes y líquido libre locorregional, sugestivos de proceso inflamatorio del remanente apendicular. Se procedió a realizar

Recibido: 8-III-2021

Aceptado: 6-V-2021

Dirección postal: Andrés Zanfardini. Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Alemán, Av. Pueyrredón 1640, 1118 Buenos Aires, Argentina

e-mail: AZanfardini@hospitalaleman.com

Fig. 1.- TC de abdomen con contraste oral y endovenoso en fase portal en cortes axial (A), coronal (B) y sagital (C). Remanente apendicular aumentado de tamaño (15 mm-↑), con alteración de los planos grasos adyacentes (*). Hallazgos sugestivos de apendicitis del muñón

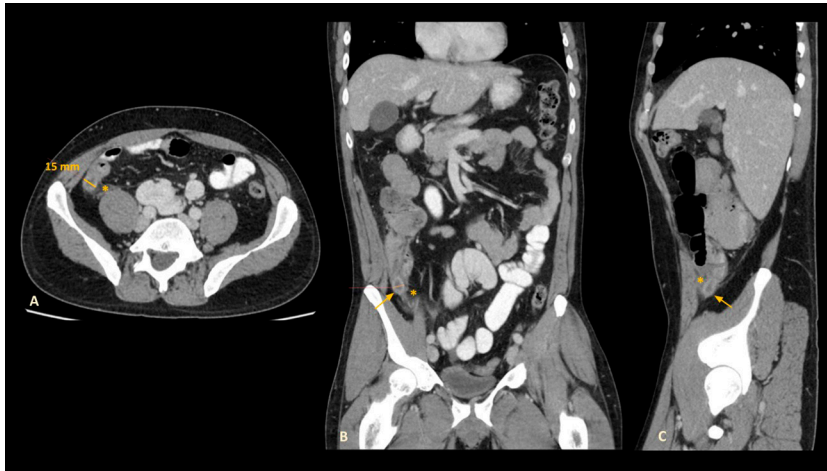


Fig. 2.- TC de abdomen con contraste oral y endovenoso en fase portal en cortes axial (A y B) y coronal (C). Estructura tubular compatible con muñón apendicular (↑), que se encuentra aumentada de tamaño (12 mm), con franca alteración de los planos grasos adyacentes (*). Dichos hallazgos son compatibles con proceso inflamatorio del muñón



exploración quirúrgica por laparoscopia constatando el proceso inflamatorio del muñón apendicular con líquido purulento a nivel perihepático y parietocólico derecho (apendicitis del muñón con periapendicitis).

Discusión

La apendicitis del muñón es una enfermedad poco frecuente que se presenta clínicamente con dolor abdominal agudo en fosa ilíaca derecha, fiebre, náuseas y vómitos. Debido a que afecta a pacientes que tuvieron una apen-

dicectomía previa, el diagnóstico suele ser tardío, con una consecuente mayor morbilidad por riesgo de perforación intestinal.

El mecanismo por el que se produce es poco claro; pudiendo ocurrir luego de una apendicectomía convencional o por laparoscopia. Entre los factores predisponentes se enumeran la longitud del remanente apendicular (5 mm a 25 mm, según diferentes autores), una visión inadecuada del apéndice en el acto quirúrgico por excesiva inflamación, la presencia de complicaciones y la inexperiencia del cirujano, entre otros²⁻⁶.

Por otra parte, el periodo registrado entre la apendicectomía y la apendicitis del muñón varía ampliamente en los casos comunicados en la bibliografía, desde unos meses hasta 50 años de la cirugía inicial. Nuestros casos ocurrieron dentro del primer año posterior a la apendicectomía⁸⁻⁸.

Teniendo en cuenta que los signos clínicos y los hallazgos de laboratorio son similares a los de la apendicitis aguda primaria, el diagnóstico por medio de las imágenes tiene gran importancia y se puede realizar principalmente por ecografía o tomografía de abdomen y pelvis.

En el caso del examen ultrasonográfico se puede observar el remanente apendicular de forma tubular originándose en el ciego, con cambios inflamatorios adyacentes, líquido libre regional, estructuras ganglionares aumentadas de tamaño de aspecto reactivo e incluso colecciones líquidas asociadas¹.

La tomografía computarizada es el método de elección para este tipo de afecciones. Es posible evidenciar cambios inflamatorios en el muñón apendicular con engrosamiento parietal y alteración de los planos grasos regionales. También se suelen observar colecciones con realce periférico adyacentes al ciego, en topografía del *ostium* apendicular. Otros hallazgos frecuentes son la presencia de líquido libre pericecal o en el espacio parietocólico derecho, como así también el engrosamiento reactivo del íleon terminal y el ciego. En ocasiones puede identificarse el apendicolito¹.

La tomografía computarizada también es útil para descartar otros diagnósticos diferenciales entre los que encontramos a la diverticulitis derecha, el divertículo de Meckel, la ileítis y linfadenitis mesentérica.

La apendicitis del muñón constituye una causa infrecuente de dolor abdominal en pacientes con antecedente de apendicectomía. Por lo tanto, el conocimiento de la entidad, la sospecha clínica temprana y el diagnóstico imagenológico certero son fundamentales para el correcto manejo y tratamiento de la enfermedad, así como también para disminuir el riesgo de una evolución tórpida.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Johnston J, Myers D, Williams T. Stump appendicitis: surgical background, CT appearance, and imaging mimics. *Emerg Radiol* 2015; 22: 13-8.
2. Subramanian A, Liang M. A 60-year literature review of stump appendicitis: the need for critical review. *Am J Surg* 2012; 203: 503-7.
3. Roche-Nagle G, Gallagher C, Kilgallen C, Caldwell M. Stump appendicitis: a rare but important entity. *Surgeon* 2005; 3: 53-4.
4. Vahidirad A, Amanzadeh A, Mousavi H, Ghelichli M. Stump appendicitis; a case report. *J Pediatr Surg Case Rep* 2020; 59: 101520.
5. Liang MK, Lo HG, Marks JL. Stump appendicitis: a comprehensive review of literature. *Am Surg* 2006; 72: 162-6.
6. Hindman NM, Kang S, Parikh MS. Common postoperative findings unique to laparoscopic surgery. *Radiographics* 2014; 34: 119-38.
7. Awe JAA, Soliman AM, Gourdie RW. Stump appendicitis: an uncompleted surgery, a rare but important entity with potential problems. *Case Rep Surg* 2013; 2013: 972596.
8. Dikicier E, Altintoprak F, Ozdemir K, et al. Stump appendicitis: a retrospective review of 3130 consecutive appendectomy cases. *World J Emerg Surg* 2018; 13: 22.