

Apendicitis Crónica. Reporte de Caso

Karla Lisseth Leonher Ruezga¹, Fidel Mendoza Varela², Omar Isaias Chávez Sánchez³, Jose López Zamudio¹, José Alfredo Jiménez Gómez¹

¹ Unidad de Cirugía Digestiva y Laparoscopia. Unidad Medica Novam & Vita. Guadalajara, Jalisco.

² Unidad de Gastroenterología y Endoscopia. Unidad Medica Novam & Vita. Guadalajara, Jalisco.

Correspondencia: Karla Lisseth Leonher Ruezga
Calle Turín #2926
Colonia Providencia
C.P. 44630 Guadalajara, Jalisco
Teléfono: 3310943920
Correo: karlaleonher@gmail.com

Resumen

La apendicitis crónica es una patología poco frecuente con incidencia de 1.5% de todos los casos. Es difícil de diagnosticar por la presentación atípica de la enfermedad se requiere de una alta sospecha clínica.

Paciente de sexo femenino, 66 años, la cual acude a valoración por dolor en hipogastrio de un mes de evolución se estuvo medicando con leve respuesta a tratamiento, se valora concluyendo síndrome de intestino irritable recibiendo tratamiento. Se agrega fiebre y se solicita tomografía encontrando una colección pélvica sin evidenciar apéndice, realizando colonoscopia encontrando salida de pus del orificio apendicular, se somete a laparotomía resecando el apéndice con buena evolución.

La apendicitis crónica es una patología de difícil diagnóstico por los síntomas atípicos de presentación, en casos de sospecha se debe tener un buen juicio clínico y utilizar adecuadamente los recursos de diagnóstico para un manejo adecuado.

Palabras clave: apendicitis, dolor abdominal

Abstract

Chronic appendicitis is a rare pathology with an incidence of 1.5% of all cases. It is difficult to diagnose due to the atypical presentation of the disease and requires high clinical suspicion.

Report. Female 66 years old patient who complains of hypogastric pain for one month, of evolution under medication with mild response to treatment. Assessment concluded in Irritable Bowel Syndrome for which she was treated; she became pyrexial and a CT scan showed a pelvic collection with no evidence of the appendix. Colonoscopy reveals pus through the appendicular orifice. She underwent laparotomy with resection of the appendix after which she made a good recovery.

Chronic appendicitis is a disease of difficult diagnosis due to atypical signs, in these cases good clinical judgment is required and adequate use of diagnostic tools for an adequate approach.

Keywords: appendicitis, abdominal pain

INTRODUCCIÓN

La incidencia de la apendicitis crónica se estima en 1.5% de todos los casos¹. Esta patología tiene un dilema diagnóstico para los médicos ya que los pacientes por lo general no tienen los datos clínicos típicos de una apendicitis, además estos pacientes pasan con este diagnóstico desapercibido en particular las mujeres jóvenes sexualmente activas o pacientes que recibieron antibiótico por otros motivos². En la actualidad no existen criterios diagnósticos o algoritmo de manejo para la apendicitis crónica². La tomografía es el estudio de elección para el diagnóstico³. Un diagnóstico no certero o temprano puede tener consecuencias serias como lo es la formación de abscesos e infertilidad^{2,3}. Aunque en general la apendicitis crónica no se considera una emergencia quirúrgica, la mayoría de los pacientes con apendicitis crónica tienen resolución del dolor con apendicectomía^{4,5}.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 66 años la cual no tiene ningún antecedente de importancia para su padecimiento. Inicio con cuadro de dolor abdominal de 1 mes de evolución el cual era de tipo cólico, difuso, en todo el abdomen, acompañado de picos febriles sin predominio de horario. Se automedicó ketorolaco y ciprofloxacino sin remitir totalmente el cuadro de dolor abdominal. Posteriormente 2 semanas después, el dolor se hace más intenso acompañado de disuria, náusea y picos febriles acudiendo a urgencias en donde se realizan exámenes generales de sangre con leucocitosis así como un ultrasonograma el cual se reporta como normal, por lo que egresa con diagnóstico de síndrome de intestino irritable dejando manejo a base de dimeticona y bromuro de pinaverio sin mejoría. La disuria se intensifica auto medicándose ciprofloxacino sin mejoría de los síntomas. Acude a valoración por nuestra unidad encontrando a la paciente estable refiriendo picos febriles de 38 °C, a la exploración física se palpa una masa firme, dolorosa, en fosa iliaca derecha e hipogastrio, rebote positivo en esa zona y peristalsis disminuida; ante los hallazgos de la exploración física se solicita tomografía encontrando la presencia de una colección en hueco pélvico (Figura 1) sin poder localizar en este estudio el apéndice, se encuentra inflamación del íleon terminal, sugiriendo el diagnóstico de enfermedad de Crohn. Ante estos hallazgos se decide tomar una colonoscopia e ileoscopia para descartar una enfermedad inflamatoria del intestino en donde se encuentra un pólipo pediculado (Figura 2) el cual se reseca, se identifica el ciego en donde se observa salida de material purulento del orificio apendicular (Figura 3) avanzando hacia íleon el cual se encuentra normal.

Ante los hallazgos de la colonoscopia se decide programar a la paciente a laparotomía exploradora, encontrando absceso en fosa iliaca derecha drenándolo, un plastrón

en el ciego con asas de intestino delgado, realizando adherenciólisis hasta encontrar el apéndice cecal inflamada y perforada adherida a la trompa de Falopio del lado derecho (Figura 4), realizamos apendicetomía y fimbriectomía, el ciego se repara con puntos simples con Vycril, dejando parche de epiplón.

Se mantiene estable en el postquirúrgico, al 4to día se inicia tolerancia a la vía oral de manera progresiva, sin presentar datos de fuga, egresando sin complicaciones. Estudio Histopatológico reporta apendicitis supurada gangrenada con peri apendicitis fibrinopurulenta así como una salpingitis aguda abscedada, negativo a malignidad (Figura 5).



Figura 1. Tomografía Abdominal corte sagital donde se aprecia colección en hueco pélvico (flecha)

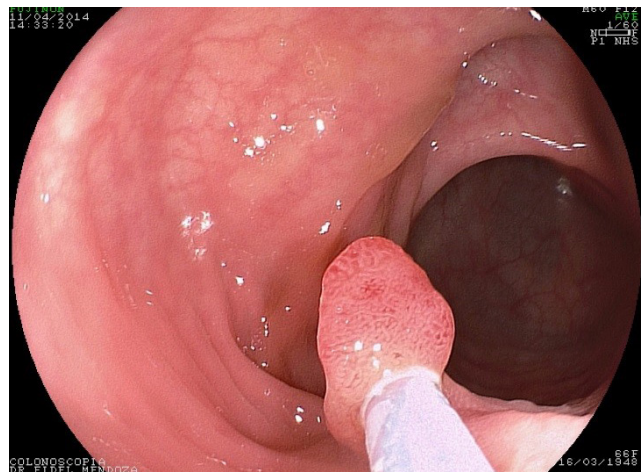


Figura 2. Colonoscopia en donde se encuentra un pólipo pediculado el cual se reseca con asa diatérmica.

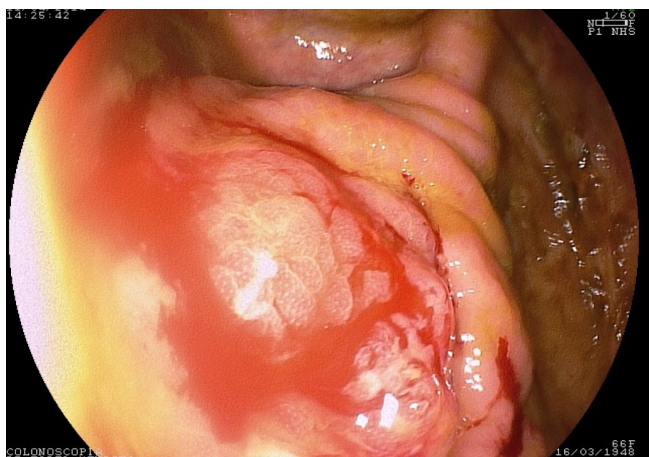


Figura 3. Colonoscopia que muestra el orificio apendicular con salida de material purulento.

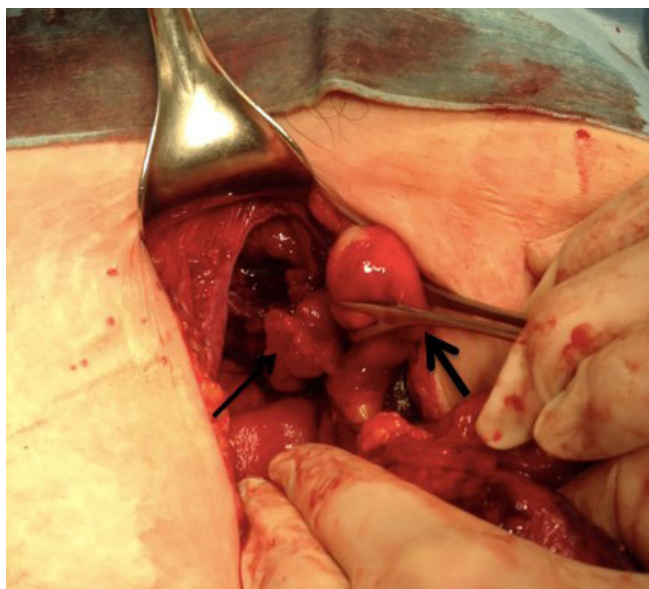


Figura 4. Apéndice cecal inflamada abscedada (flecha gruesa) y trompa de Falopio Adherida (flecha delgada)

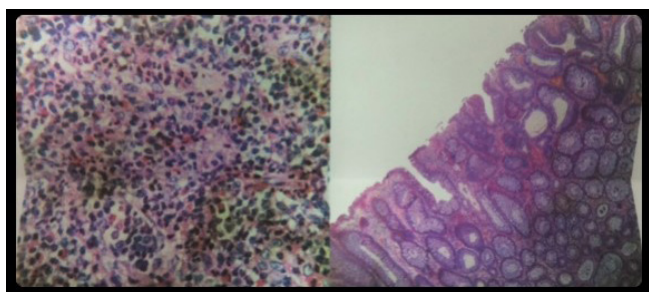


Figura 5. Estudio Histopatológico. Cortes histológicos en donde se aprecian datos de inflamación subaguda abscedada.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de la apendicitis crónica con síntomas atípicos es un verdadero reto clínico, más aún cuando los estudios de imagen no son concluyentes, y es en estos casos, cuando el clínico se pregunta si existe un papel en la colonoscopia para el diagnóstico de la apendicitis aguda con síntomas atípicos y apendicitis crónica.⁵⁻⁷ Existe controversia sobre si existe o no la apendicitis crónica sin embargo esta puede ser la causa de dolor abdominal crónico, hay diversos estudios en donde se reconoce esta entidad como una realidad como lo reporta Leardi y cols. en su estudio identifican casos de apendicitis crónica confirmándose por estudio histopatológico concluyendo que esta patología es una realidad y que su manejo es la apendicetomía⁵⁻⁷. Por lo que es importante tener una alta sospecha ante un paciente con dolor abdominal persistente en fosa iliaca derecha de más de 7 días de evolución, se debe considerar la apendicetomía como tratamiento para la resolución de los síntomas. De acuerdo a Mussack y cols. en su estudio de 322 pacientes que se sometieron a apendicetomía se analizaron los estudios histopatológicos encontrando que un 42% tenía datos de inflamación crónica, encontrando que los días promedio de dolor previo a la cirugía era de 7 días así como menor cantidad de leucocitos, puntaje de Alvarado y estancia hospitalaria menor en relación a la apendicitis aguda⁶⁻⁹. Sin embargo en muchos de los reportes se habla de un diagnóstico histopatológico para la apendicitis crónica por lo que en los casos en donde los estudios de imagen no son suficientes para integrar un diagnóstico la colonoscopia es una herramienta útil para identificar una patología difícil de diagnosticar⁹.

CONCLUSIÓN

La apendicitis crónica es una entidad real con una presentación atípica y de difícil diagnóstico sin embargo ante la presencia de un dolor abdominal de larga evolución localizado en la fosa iliaca derecha es necesario estudiarlo y valerse de los recursos necesarios para llegar al diagnóstico. En nuestro caso la colonoscopia fue fundamental para el diagnóstico de una patología de un mes de evolución y llevar a resolver la patología de nuestra paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. VanWinter JT, Beyer DA. Chronic appendicitis diagnosed preoperatively as an ovarian dermoid. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2004;17:403-406.
2. Hawes AS, Whalen GH. Recurrent and chronic appendicitis: the other inflammatory conditions of the appendix. *Am Surg.* 1994;60:217.
3. Rao PM, Rhea JT, Noveline RA, et al. Helical CT technique for the diagnosis of appendicitis: prospective evaluation of a focused CT examination. *Radiology.* 1997;202:139-44.
4. Mueller BA, Daling JR, Moore DE, et al. Appendectomy and the risk of tubal infertility. *N Engl J Med.* 1986;315:1506.
5. Leardi S, Delmonaco S, Ventura T, Chiominto A, De Rubeis G, Simi M. Recurrent abdominal pain and "chronic appendicitis", *Minerva Chir.* 2000 Jan-Feb;55(1-2):39-44.
6. Mussack T, Schmidbauer S, Nerlich A, Schmidt W, Hallfeldt KK. Chronic appendicitis as an independent clinical entity, *Chirurg.* 2002 Jul;73(7):710-5.
7. Chang H.S, Yang S.K, Myung S.J, Jung H.Y, Hong W.S, Kim J.H et al; The role of colonoscopy in the diagnosis of apendicitis in patients with atypical presentations, *Gastrointestinal Endoscopy* 2002;56(3): 343=346.
8. Johnson T.R, Decosse J.J; Colonoscopic diagnosis of grumbling appendicitis; *The Lancet* 1998;351 (9101): 495.
9. Theilmann L, Bachmann K; An unusual presentation of chronic appendicitis; *Endoscopy* 2003; 35(4): 377.