

Cirugía General

Volumen
Volume **24**

Número
Number **2**

Abril-Junio
April-June **2002**

Artículo:




Apendicitis después de apendicectomía por laparoscopia: informe de un paciente

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.Medigraphic.com

Apendicitis después de apendicectomía por laparoscopia: informe de un paciente

*Appendicitis after laparoscopic appendectomy:
Report of a case*

Dr. Jorge Cervantes Castro,

Dr. Guillermo Rojas Reyna,

Dr. Javier Baquera,

Dr. Carlos Ortiz,

Dr. Marco Lezama

Resumen

Objetivo: Describir el caso de una paciente con apendicitis residual después de apendicectomía por laparoscopia.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Descripción del caso: Mujer de 55 años que acudió al hospital con un cuadro de dolor abdominal agudo localizado en la fosa iliaca derecha cinco meses después de apendicectomía laparoscópica. La tomografía computarizada de abdomen reveló una masa cecal con importante reducción del lumen del ciego. A la exploración quirúrgica se encontró un plastrón en el ciego, que fue resecado, se realizó anastomosis de íleon a colon ascendente con engrapadora. El patólogo describió un proceso inflamatorio agudo y crónico con un remanente apendicular de 3 cm de longitud. La paciente se recuperó satisfactoriamente y abandonó el hospital cuatro días después.

Conclusión: Este tipo de caso debe alertar al cirujano que resuelve apendicitis por vía laparoscópica, para ser cuidadoso en la identificación de la base del apéndice para ser resecado completamente.

Abstract

Purpose: To present a case of residual appendicitis post laparoscopic appendectomy.

Setting: Third level health care hospital.

Case description: A 55 years old female was admitted to the Hospital with right lower quadrant pain, leucocytosis and rebound tenderness 5 months after laparoscopic appendectomy. A CT scan of the abdomen showed a cecal mass with significant reduction of the lumen of the cecum. Surgical exploration revealed an indurated cecal mass which was resected. Reconstruction was by ileo-ascending colon anastomosis with stapplers. The pathologist found a 3 cm residual appendix with acute inflammation within an inflammatory mass with extensive fibrosis. Recovery was normal and she was discharged four days later.

Conclusion: The surgeons performing laparoscopic appendectomies should be more careful in finding the base of the appendix to achieve complete resection, avoiding the complication of residual appendicitis.

Palabras clave: Apéndice, apendicitis residual post-apendicectomía laparoscópica, laparoscopia.

Cir Gen 2002;24: 151-154

Key words: Stump appendicitis, laparoscopic appendectomy.

Cir Gen 2002;24: 151-154

Departamento de Cirugía y Patología del Hospital American British Cowdray, México D.F.

Recibido para publicación: 21 de mayo de 2001

Aceptado para publicación: 21 de junio de 2001

Correspondencia: Dr. Jorge Cervantes. Avenida Observatorio y Calle Sur 136, Consultorio 508. Colonia Américas, 01120, México, D.F.

Teléfono: 52 72 34 10, Fax: 55 16 99 70

Introducción

La primera apendicectomía laparoscópica fue efectuada en 1982 por el ginecólogo Alemán Kurt Semm,¹ el indiscutible pionero y gran promotor de la cirugía laparoscópica, quien tratando de ampliar las aplicaciones de las técnicas e instrumental por él desarrollados para procedimientos ginecológicos, se aventuró en operaciones tradicionalmente reservadas al cirujano general como la apendicectomía, liberación de adherencias e, incluso, suturas intestinales, lo que le ocasionó problemas serios con el Comité de Ética de su hospital y la terminación de dichos experimentos.

Fue hasta la década de los años noventa con la introducción de las técnicas de cirugía laparoscópica en cirugía general, inicialmente con la colecistectomía y después con la apendicectomía, hernioplastia, etcétera, que los cirujanos generales incursionaron en el empleo de estos métodos en pacientes con apendicitis aguda.^{2,3}

Son numerosos los informes de los entusiastas proponentes de la apendicectomía por laparoscopia que habitualmente hablan de las bondades del procedimiento y poco de las desventajas.⁴⁻⁷ El propósito de esta comunicación es informar sobre una complicación poco común de la apendicectomía laparoscópica, la apendicitis residual, y llamar la atención de lo que puede ocurrir cuando no se reseca adecuadamente el apéndice.

Informe del caso

Mujer de 55 años que acudió al departamento de urgencias del hospital con un cuadro de dolor abdominal agudo de cinco horas de evolución, localizado en la fosa iliaca derecha, acompañado de escalofrío y fiebre. Tenía el antecedente de apendicectomía laparoscópica cinco meses antes, así como de histerectomía abdominal con ooforectomía bilateral a la edad de 49 años.

Al examen físico estaba taquicárdica, con datos francos de irritación peritoneal en la fosa iliaca derecha. Los exámenes pélvicos y rectal fueron negativos. Sus datos de laboratorio revelaron leucocitosis de 13,500 con 78% de segmentados y 7 bandas. El examen de orina, las radiografías de tórax y el electrocardiograma fueron normales.

Las radiografías de abdomen mostraron íleo reflejo en fosa iliaca derecha con niveles hidroaéreos en ese lugar.

Con diagnóstico de abdomen agudo de etiología desconocida ingresó al hospital para observación, se le dejó en ayuno con solución intravenosa. Durante las siguientes 24 horas, aumentó su dolor y el rebote en la fosa iliaca derecha, por lo que se le efectuó una tomografía computarizada de abdomen con medio de contraste oral e intravenoso que demostró una masa en el ciego, que tenía paredes engrosadas, con importante disminución de su lumen (**Figuras 1 y 2**).

Una prueba de serameba y determinación de antígeno carcinoembrionario fueron negativos. En vista de la persistencia del dolor, de la leucocitosis y los datos

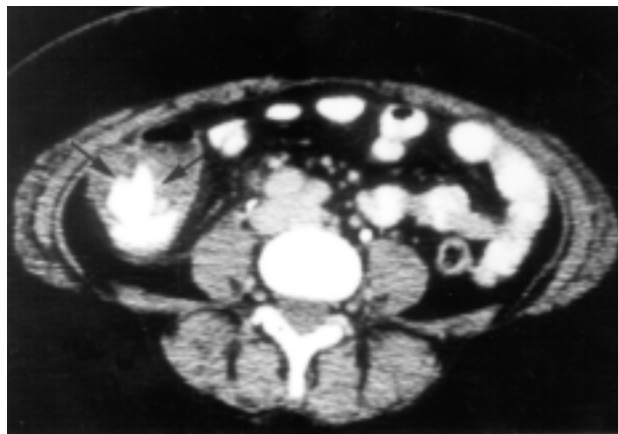


Fig. 1. Aspecto de la imagen de tomografía computarizada del ciego donde se aprecia el engrosamiento de la pared con importante disminución del lumen, (Flecha).



Fig. 2. Imagen de la masa cecal y la reducción del lumen, (Flecha).

de irritación peritoneal, fue llevada a cirugía de urgencia, se abordó la cavidad abdominal mediante una incisión transversal en la unión de los cuadrantes superior e inferior del lado derecho del abdomen, se encontró una masa cecal indurada, de ocho cm de diámetro. Se practicó resección del ciego con anastomosis laterolateral del íleon terminal al colon ascendente con engrapadoras. La operación fue bien tolerada, el postoperatorio normal y abandonó el hospital cuatro días después, en buen estado, evacuando normalmente, sin fiebre y sin medicamentos.

El informe de patología reveló que "en la base del ciego se identificó un plastrón compuesto por gran cantidad de tejido inflamatorio con cinco grapas y dos puntos de material de sutura, en relación a una prolongación digitiforme congestiva y con intensa reacción inflamatoria. Dicha estructura medía 3 x 4 cm (**Figura 3**). *Diagnóstico:* Remanente apendicular con hemorragia reciente, extensa, inflamación aguda y depósitos de fibrina" (**Figura 4**).



Fig. 3. Después de eliminar el tejido inflamatorio que rodeaba al ciego se aprecia éste con el remanente apendicular, (Flecha).

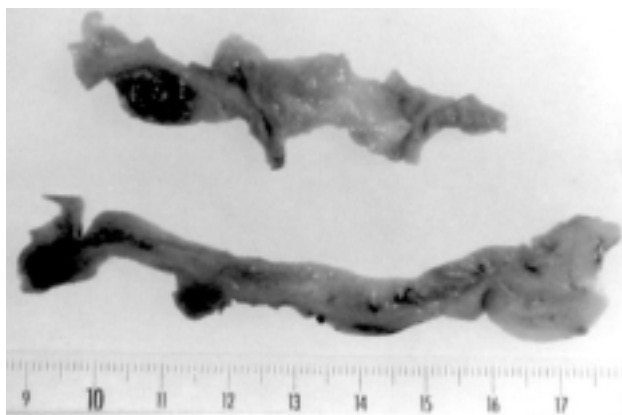


Fig. 4. Acercamiento del remanente de apéndice.

Discusión

Al revisar la literatura reciente hemos encontrado nueve informes de apendicitis residual después de apendicectomía laparoscópica,⁸⁻¹⁵ lo anterior podría explicarse debido a la falta de visualización correcta de toda la longitud del apéndice durante el procedimiento laparoscópico.

En la cirugía tradicional del apéndice, cuando el cirujano tiene el ciego en sus manos, es relativamente fácil identificar el origen del apéndice siguiendo las tenias del colon y efectuar así la ligadura del apéndice en su base, después de haber ligado y dividido el meso.

Al no tener esta amplia exposición, el cirujano laparoscopista pueda ligar lo que él cree que es la base apendicular y suceder lo que ocurrió en este caso, dejar inadvertidamente un segmento apendicular de 3 cm de longitud, lo que ocasionó, cinco meses más tarde, un cuadro de abdomen agudo.

La paciente llegó a urgencias con signos y síntomas típicos de apendicitis, con historia de apendi-

nectomía cinco meses antes, lo que nos obligó a buscar otras causas de abdomen agudo con origen en la fosa iliaca derecha. Se descartó el apéndice, buscamos patología pélvica que fue también excluida por la historia de panhisterectomía abdominal. El examen de orina fue normal, lo que eliminó el cólico ureteral como causa del dolor. La prueba de serameba fue también normal y esto, en ausencia de otros síntomas de amebiasis, nos hizo descartar un ameboma.

Lo que más influyó en la decisión de operar fue sin duda la persistencia del dolor, los datos de irritación peritoneal y los hallazgos de la tomografía computada de abdomen que mostraba la masa cecal con importante disminución del lumen, problema que fue resuelto mediante resección de un pequeño segmento de íleon terminal y el ciego con anastomosis latero lateral del íleon a la mitad superior del colon derecho.

El procedimiento quirúrgico fue bien tolerado, la paciente salió del hospital cuatro días después en buen estado y el patólogo nos informó del hallazgo del apéndice residual después de que la paciente había abandonado el hospital.

El procedimiento efectuado, la resección del ciego, ante el hallazgo de una masa cecal de etiología desconocida, está plenamente justificado en la literatura¹⁶⁻¹⁸

Conclusión

Este caso, y los similares publicados en la literatura, deben de alertar al cirujano que efectúa este tipo de abordaje en apendicitis, a ser más cuidadoso en la identificación precisa de la base apendicular para evitar dejar un segmento largo que pueda dar, *a posteriori*, datos de abdomen agudo en fosa iliaca derecha.

Referencias

1. Semm K. Endoscopic appendectomy. *Endoscopy* 1983; 15: 59-64.
2. Leahy PF. Technique of laparoscopic appendectomy. *Br J Surg* 1989; 76: 61-6.
3. Bryant LT. Laparoscopic appendectomy: a simplified technique. *J Laparoendosc Surg* 1992; 2: 343-50.
4. Pier A, Gotz F, Bacher C. Laparoscopic appendectomy in 625 cases: from innovation to routine. *Surg Laparosc Endosc* 1991; 1: 8-13.
5. Tate JJ, Chung SC, Dawson J, Leong HT, Chan A, Lau WY et al. Conventional versus laparoscopic surgery for acute appendicitis. *Br J Surg* 1993; 80: 761-4.
6. Hermans BP, Otte JB. Laparoscopic appendectomy: pros & cons-literature review of 4190 cases. *Acta Chir Belg* 1997; 97: 110-7.
7. Vallina VL, Velasco JM, McCulloch CS. Laparoscopic versus conventional appendectomy. *Ann Surg* 1993; 218: 685-92.
8. Wright TE, Diaco J. Recurrent appendicitis after laparoscopic appendectomy. *Int Surg* 1994; 79: 251-2.
9. Mangi AA, Berger DL. Stump appendicitis. *Am Surg* 2000; 66: 739-41.
10. Milne AA, Bradbury AW. Residual appendicitis following incomplete laparoscopic appendectomy. *Br J Surg* 1996; 83: 217.

11. Devereaux DA, McDermott JP, Caushaj P. Recurrent appendicitis following laparoscopic appendectomy. *Report of a case. Dis Colon Rectum* 1994; 37: 719-20.
12. Sommerville PG, Lavelle MA. Residual appendicitis following incomplete laparoscopic appendectomy. *Br J Surg* 1996; 83: 869.
13. Marcoen S, Onghena T, Van Loon C, Vereecken L. Residual appendicitis following incomplete laparoscopic appendectomy. *Acta Chir Belg* 1999; 99: 39-40.
14. Greenberg JJ, Esposito TJ. Appendicitis after laparoscopic appendectomy: a warning. *J Laparoendosc Surg* 1996; 6: 185-7.
15. Wright TE, Diaco JF. Recurrent appendicitis after laparoscopic appendectomy. *Int Surg* 1994; 79: 251-2.
16. Thompson JE Jr, Bennion RS, Schmit PJ, Hiyama DT. Cecectomy for complicated appendicitis. *J Am Coll Surg* 1994; 179: 135-8.
17. Poole GV. Management of the difficult appendiceal stump: how I do it. *Am Surg* 1993; 59: 624-5.
18. Thomas SE, Denning DA, Cummings MH. Delayed pathology of the appendiceal stump: a case report of stump appendicitis and review. *Am Surg* 1994; 60: 842-4.