

# *Apendicitis Crónica.*

## *A propósito de un paciente.*

HOSPITAL MILITAR DOCENTE DR. MARIO MUÑOZ MONROY.

**Revista Médica Electrónica 2009;31 (2)**

Apendicitis Crónica. A propósito de un paciente.

Chronic appendicitis. A propos of a patient.

### **AUTORES**

Dra. Nadiezhda I. López Puerta. (1)

**E-mail:** [mil.mtz@infomed.sld.cu](mailto:mil.mtz@infomed.sld.cu)

Dr. Humberto Domínguez Suárez. (2)

Dr. Libardo Castillo Lamas. (1)

Dr. Rafael Paseiro Ariosa. (2)

Dr. Ibis Umpierre García. (3)

Dr. Oriol Alfonso Moya. (4)

(1) Especialistas de II Grado en Cirugía General. Profesores Asistentes. Hospital Militar Docente "Dr. Mario Muñoz Monroy".

(2) Especialistas de II Grado en Cirugía General. Profesores Instructores. Hospital Militar "Dr. Mario Muñoz Monroy". Matanzas.

(3) Especialista de I Grado en Gastroenterología. Profesora Instructora. Hospital Militar Docente "Dr. Mario Muñoz Monroy". Matanzas.

(4) Residente de Cirugía General. Hospital Militar Docente "Dr. Mario Muñoz Monroy". Matanzas

### **RESUMEN**

Se presenta un paciente de 18 años de edad con historia de dolor en Fosa Iliaca Derecha desde meses anteriores que llevó varios tratamientos e ingresos sin llegar a un diagnóstico, después de realizar exámenes variados entre los cuales se incluyen colonoscopia y laparoscopia se decide operar con el diagnóstico de apendicitis crónica luego de un amplio debate en el servicio de cirugía del Hospital Militar Dr. Mario Muñoz Monroy. Se realiza amplia revisión del tema y se opera el paciente confirmando el diagnóstico y desapareciendo los síntomas del mismo.

### **DeCS**

**APENDICITIS**/diagnóstico

**APENDICITIS**/cirugía

**APENDICITIS**/patología

**COLONOSCOPIA**/métodos

**LAPAROSCOPIA**/métodos

**HUMANOS**

**MASCULINO**

**ADOLESCENTE**

## INTRODUCCIÓN

### Presentación del Caso

Paciente masculino, blanco, de 18 años de edad, estudiante, que desde hace 8 meses presenta dolor en Fosa Iliaca Derecha (FID) ante esfuerzos y durante el ejercicio. Fue valorado por varios médicos y especialistas, determinando en todos los casos que se trataba de un parasitismo intestinal, para lo cual llevó tratamiento antiparasitario, no resolviendo con ello se ingresa. Se realizan: U/S abdominal, conteo de eosinófilos, leucograma, eritrosedimentación, Rx de abdomen simple, colonoscopia entre otros estudios de rutina y todos fueron negativos, se decide realizar una laparoscopia y se observa el apéndice engrosado en la punta, con una fina banda de adherencia hacia el parietocólico derecho. Se interpreta como una apendicitis crónica y se realiza apendicectomía. El paciente evolucionó favorablemente, desapareciendo el dolor en FID. Se recibe la biopsia que muestra presencia de tejido fibroso, estrechamiento de la luz del órgano e infiltrado de linfocitos en la capa muscular (Fig.2), congestión vascular (Fig.1) e hiperplasia folicular (Fig.3), confirmando el diagnóstico de apendicitis crónica.

Ésta es una enfermedad que aún no es muy aceptada por la gran mayoría de los cirujanos, pero ¿existe la apendicitis crónica realmente?

## APENDICITIS CRÓNICA

La apendicitis crónica es un cuadro que siempre es tema de discusión debido a que por lo general no es aceptado como una entidad clínica independiente. Según revisión en los manuales, la apendicitis crónica se considera como un proceso apendicular que puede o no presentar alteraciones histológicas crónicas y cuya evolución suele ser en brotes agudos o a lo largo del tiempo o clínica de dolor de forma insidiosa que no son clínicamente equiparables a apendicitis aguda, pero son responsables de dolor crónico en FID y que curan con la apendicetomía.

El cuadro de apendicitis crónica se presenta en general de tres formas distintas:

**FORMA POSTAGUDA:** denominada también apendicitis residual, que se presenta siguiendo a una crisis más o menos intensa de apendicitis aguda típica no tratada quirúrgicamente y que "curó" de forma espontánea con persistencia de sensación dolorosa leve en FID, en ocasiones dolor sólo a la palpación o al realizar alguna actividad como correr, ejercicios, esfuerzo físico, subir escaleras, etc. Se atribuyen estos cuadros a la secuencia del proceso inflamatorio agudo retrogrado dejando en su lugar lesiones cicatrizales con proliferación del tejido conjuntivo.

**FORMA SUBAGUDA ITERATIVA:** llamada también apendicitis con recaídas, recidivante o recurrente, se caracteriza por repetidas crisis de cuadros apendiculares agudos leves entre los cuales el enfermo goza de perfecta salud. Estos cuadros tienen por lo general una duración de horas o días, el dolor se puede acompañar o no de estado nauseoso, no hay fiebre ni temperatura diferencial. Histológicamente pueden aparecer alteraciones microscópicas, pues a simple vista es normal el órgano.

**APENDICITIS CRÓNICA:** algunos autores la llaman apendicitis crónica, primitivamente crónica, crónica sin ataques, crónica verdadera o dispepsia apendicular. Hay dolor en FID sin poder detectar al interrogatorio e historia ninguna situación o antecedente de ataque apendicular agudo. En el apéndice pueden encontrarse neuromas y fibrosis con obliteración parcial o total de su luz.

## ANATOMÍA PATOLÓGICA

Existen numerosos estudios donde se ha visto histológicamente lesiones crónicas del apéndice tales como:

- Infiltración de macrófagos, linfocitos e incluso eosinófilos, con focos de abundantes elementos neurales que constituyen verdaderos neuromas parietales.
- Engrosamiento y esclerosis del apéndice, disminución del calibre de la luz.

- Fibrosis por incremento del tejido conectivo, fundamentalmente en mesoapéndice, acortándolo. El órgano se dilata en su extremo distal.
- Proliferación de fibroblastos y vasos de pequeño calibre.
- Engrosamiento de pared con fibrosis y obliteración de la luz total o parcial.
- Hipertrofia de folículos linfoides (ello indica actividad inflamatoria de largo período de evolución).
- Pueden aparecer bridas o adherencias que fijan el apéndice al epiplón o a estructuras vecinas.
- Siempre hay alteraciones macro y microscópicas en la apendicitis crónica primaria o apendicopatía crónica.

## **CLÍNICA**

Molestia o dolor espontáneo o provocado en FID en punto de Mc Bourney o su vecindad. La sintomatología puede ser localizada o presentarse con irradiación a epigastrio, periumbilical, HD y con frecuencia a la raíz del muslo derecho. Pueden aparecer otros síntomas como anorexia, cefalea, sensación de plenitud gástrica, decaimiento y náuseas.

## **DIAGNÓSTICO POSITIVO**

Dolor en FID es el síntoma capital, los estudios de laboratorios son normales y no indican la existencia de otra enfermedad. Los estudios radiológicos contrastados no apoyan el planteamiento de este diagnóstico, ni siquiera el método de Czepa que incluye al sulfato de Mg en el contraste y bajo pantalla fluoroscópica no mostrara alteraciones inherentes a apendicitis crónica, solo ayudaría a descartar tumores sólidos o quísticos del órgano, procesos inflamatorios crónicos, etc.

La laparoscopia diagnóstica sí es un elemento importante en esta enfermedad, fundamentalmente cuando se trata de una apendicitis crónica primaria, pues se observa el órgano con adherencias a epiplón y órganos vecinos, engrosamiento distal, serosa deslustrada, escaso líquido alrededor del apéndice y los vasos engrosados que hacen relieve.

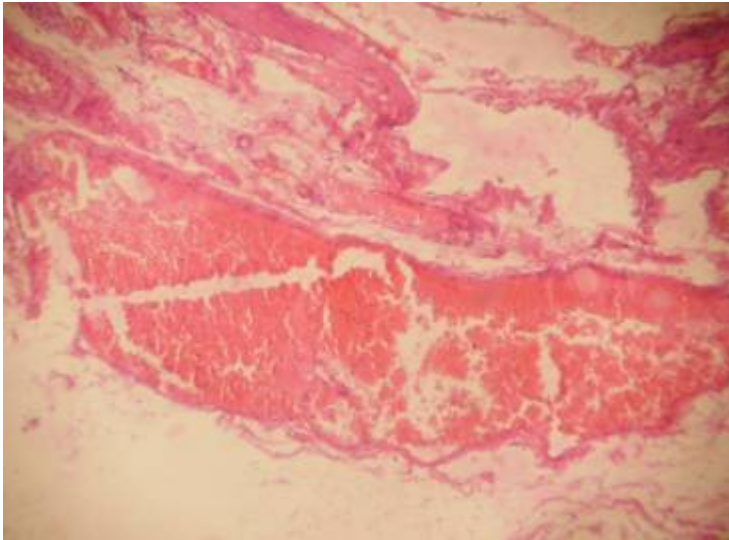
## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

El diagnóstico diferencial es una etapa imprescindible en la apendicitis crónica, no se puede afirmar su existencia sin descartar antes diversos procesos que pueden simularla.

- Alteraciones del ciego: tiflitis por parásitos, infección por Shistosomas, tumores (benignos o malignos), tuberculosis cecal.
- Alteraciones del íleon terminal: ileítis terminal, fundamentalmente en la primera etapa que se asemeja al cuadro de apendicitis crónica en su forma subaguda iterativa.
- Alteraciones a nivel del mesenterio (adenitis mesentérica).
- Procesos del colon derecho (tumoral o inflamatorio).
- Membranas o bridas peritoneales.
- Alteraciones inflamatorias del duodeno.
- Colecistopatías crónicas.
- Alteraciones de la pelvis renal.

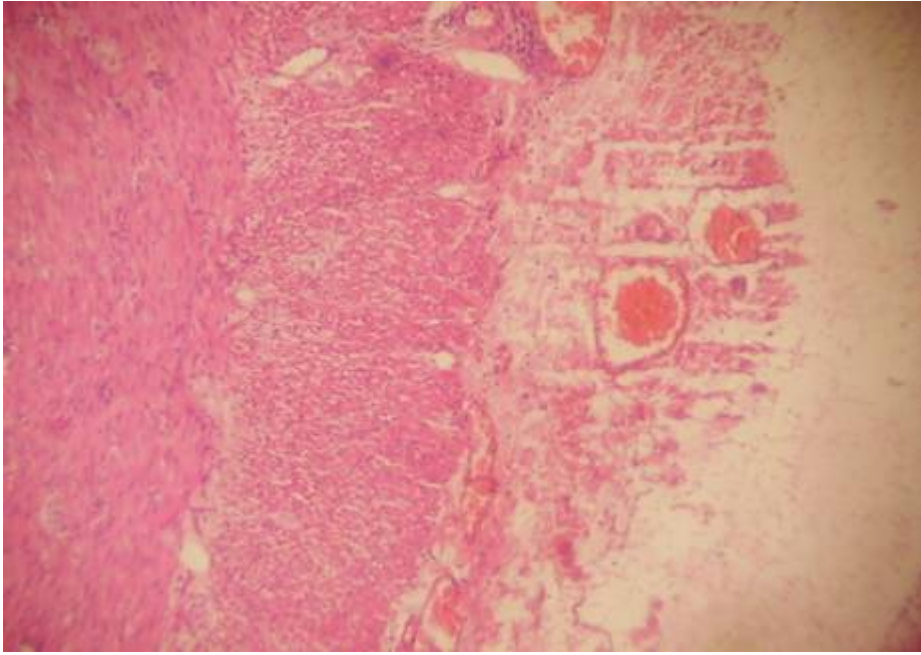
- Afecciones del riñón (cólico reno ureteral, hidronefrosis).
- Parestesias en el territorio femorocutáneo.
- Procesos inflamatorios del músculo Psoas y su vaina.
- Alteraciones a nivel de la articulación Coxofemoral derecha.
- Trastornos de la columna dorsolumbar.
- Inflamación del Conducto Deferente.
- Anexitis derecha (salpingitis, quistes, tumores).
- Alteraciones inflamatorias del sigmoide redundante ubicado en la FID.
- Neoplasias benignas o malignas del apéndice (leiomioma, fibroma, neuroma, mucocele, adenocarcinoma).

**Fig. 1 Congestión vascular.**



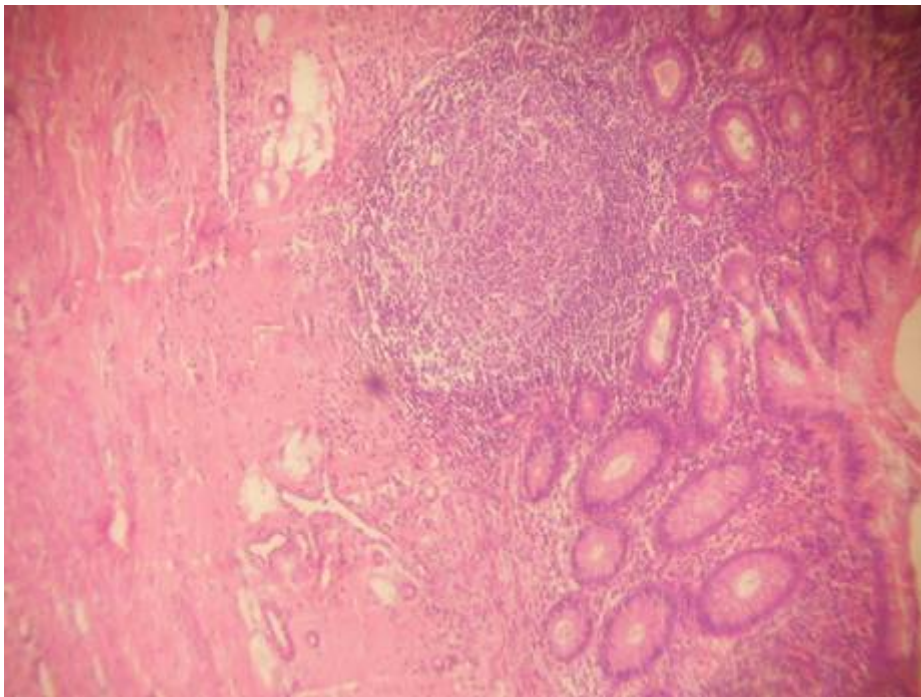
**Fuente:** Serv. Anatomía Patológica. HMM. "Dr. Mario Muñoz Monroy"

**Fig.2 Linfocitos en la capa muscular. Congestión vascular.**



**Fuente:** Serv. Anatomía Patológica. HMM. "Dr. Mario Muñoz Monroy".

**Fig.3 Hiperplasia folicular.**



**Fuente:** Serv. Anatomía Patológica. HMM. "Dr. Mario Muñoz Monroy".

**DISCUSIÓN**

**TRATAMIENTO:**

Cuando se tiene la certeza de que es una apendicitis crónica el paciente resuelve con una apendicectomía, ya sea a través de una Laparotomía convencional o por Cirugía mínima invasiva. No obstante, es necesario tener en cuenta diferentes situaciones:

-es confirmada: apendicectomía

-si hay dudas: tratamiento médico de prueba o quirúrgico según sospecha

-no confirmada y hay una enfermedad extra apendicular: tratamiento médico o quirúrgico dirigido al proceso patológico

-confirmada y que además concomita con otra enfermedad: se tratan ambas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFIAS

- 1.- Way LW. Surgical diagnosis and treatment. 10 ed. USA: Editorial McGraw; 2004.p. 610-4.
- 2.- Mussack T, Schmidbauer S, Nerlich A, Schmidt W, Haffeldt KK. Chronic appendicitis as an independent clinical entity. Chirug. 2002 Jul; 73(7):710-5.
- 3.-Leardi S, Delmonaco S, Ventura T, Chiominto A, De Rubels G, Simi M. Recurrent abdominal pain and "chronic appendicitis". Minerva Chir. 2000 Jan-Feb; 55(1-2):39-44.
- 4.- Mattel P, Sola JE, Yeo CJ. Chronic and recurrent appendicitis are uncommon entities often misdiagnosed. Am Coll Surg. 1994 Apr; 178(4): 385-9.
- 5.- Gorenstin A, Serour F, Katz R, Usviatsov I. Appendiceal colic in children a true clinical entity?.Am Coll Surg. 1996 Mar; 182(3):246-50.
- 6.- Chandler B, Beegle M, Elfrink RJ. Smith To leave or not leave? A retrospective review of appendectomy during diagnostic laparoscopy for chronic pelvic pain. Mo Med. 2002 Sep-Oct; 99(9):502-4.
- 7.- Stevenson RJ. Chronic right-lower-quadrant abdominal pain: is there a role for elective appendectomy? J Pediatr Surg. 1999 Jun; 34(6):950-4.
- 8.- Fayez JA, Toy NJ, Flanagan TM. The appendix as the cause of chronic lower abdominal pain. Am J Obst Gynecol. 1995 Jan; 172(1Pt 1):122-3.

## SUMMARY

We present an 18-years-old patient with a history of pain at the Right Lower Quadrant for some months, receiving several treatments and being entered to the hospital several times without arriving to a diagnosis. After making different examinations, including colonoscopy and laparoscopy we decided to operate with the final diagnosis of chronic appendicitis after a wide debate at the surgery service of the Military Hospital of Matanzas Mario Muñoz Monroy. We carried out a review of the theme and confirmed the diagnosis, disappearing its symptoms.

## MeSH

**APPENDICITIS/diagnosis**

**APPENDICITIS/surgery**

**APPENDICITIS/pathology**

**COLONOSCOPY/methods**

**LAPAROSCOPY/methods**

**HUMANS**

**MALE**

**ADOLESCENT**

## **CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO**

López Puerta NI, Domínguez Suárez H, Castillo Lamas L, Paseiro Ariosa R, Umpierre García I, Alfonso Moya O. Apendicitis crónica. A propósito de un paciente. Rev méd electrón [Serada en línea] 2009; 31(2).

Disponible en URL:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/año%202009/vol2%202009/tema12.htm>

[consulta:

fecha de acceso]