

APENDICITIS POR CUERPOS EXTRAÑOS A PROPOSITO DE UN CASO

Dra. Torales, Cristina Marta, Dra. Zelaya, María Beatriz, Dr. Esperanza, Leandro Matías, Dr. Bernardi Radosevich, Carlos German. Servicio de Cirugía General Hospital "Dr. Ramón Madariaga". Posadas - Misiones - Argentina

ASESORES: Dr. Hobecker, Carlos Eduardo (Jefe de residentes Servicio de Cirugía General del Hospital Ramón Madariaga de la ciudad de Posadas-Misiones)

Dr. Carrozzo, Jorge Eduardo (concurrente de 1° año con régimen de residente del Servicio de Cirugía General del Hospital Ramón Madariaga de la ciudad de Posadas-Misiones)

INTRODUCCION

Debido a lo atípico del cuadro, tanto en la clínica como en la causa que provoca este caso clínico describimos este caso de apendicitis aguda.

En la mayoría de los casos la obstrucción de la luz apendicular es el fenómeno inicial para que consecuentemente se desarrolle todo el proceso inflamatorio agudo del apéndice (1) si bien la presencia de un cuerpo extraño dentro de la luz del apéndice, es de observación poco frecuente, existen publicaciones que lo avalan como factor etiológico de la apendicitis aguda (2,3,4), como ejemplos de cuerpos extraños podemos nombrar:

- A) Semillas de frutas, como cítricos. (5)
- B) Acumulación de sustancias baritadas, como las utilizadas para estudios radiográficos contrastados(5)
- C) Parásitos, como Áscaris lumbricoides (forma adulta y huevos), Enterobius vermicularis, huevos de Schistosoma mansoni. (6)
- D) Cálculos biliares, cuando se produce la migración e impactación de estos. (7)
- E) Objetos metálicos pequeños: cuando accidentalmente se produce la ingestión de: fresas odontológicas (4), agujas(8), perdigones, bolitas (9,10).

F) Espinas de pescado (1,5)

Los factores que condicionan la aparición del cuadro apendicular agudo pueden dividirse en predisponentes y determinantes.

Entre los factores predisponentes figuran algunas características normales del órgano como:

- Su ubicación anatómica implantado en la base cecal constituyendo un segmento diverticular o como se lo ha denominado "un verdadero ciego de un ciego", donde puede estancarse fácilmente su contenido.
- Su riqueza en folículos linfáticos, especialmente en los adolescentes, hasta tal punto que se lo ha considerado la amígdala abdominal, y al cuadro inflamatorio agudo como "angina del abdomen".
- Su longitud que varía entre 2 y 20 centímetros aproximadamente, sumada a su reducida luz interior que es de 0,5 a 0,8 centímetros lo exponen a obstrucciones por acodamientos o impactación endoluminal de su contenido
- Su irrigación provista por la arteria apendicular, generalmente de tipo terminal, hecho que favorecía la instalación de cuadros gangrenosos. (5)

Los factores determinantes lo constituirían el contenido normal de bacterias, ya que en definitiva sin infección, no hay apendicitis. Los gérmenes hallados en estos procesos corresponden a una flora polimicrobiana constituida generalmente por estreptococos, enterococos y colibacilos a lo que se pueden agregar los Clostridium en las formas gangrenosas (5)

La inflamación del apéndice es la causa más común de abdomen agudo y la que obliga con más frecuencia a practicar intervenciones quirúrgicas abdominales de emergencia (11). En la emergencia abdominal aguda, la demora de incluso unas pocas horas de iniciar la línea correcta de tratamiento puede hacer la diferencia entre un curso tranquilo o tormentoso o incluso colocar al paciente en peligro de muerte. (12)

Se presenta un caso de un paciente de sexo femenino de 19 años de edad que concurre a la consulta con un cuadro de abdomen agudo.

Ante la presentación de este caso y la causa poco común que provoca el cuadro se realiza búsqueda bibliográfica en Medline, libros de Cirugía, Medicina Interna, Anatomía Patológica, utilizando las siguientes palabras claves: apendicitis aguda, subaguda y crónica - cuerpo extraño - diagnósticos diferenciales.

Area del Trabajo: Servicio de cirugía general del Hospital Ramón Madariaga de la ciudad de Posadas -Misiones- Argentina.

CASO CLINICO

Sexo: femenino. **Edad:** 19 años

Motivo de consulta: dolor abdominal

Antecedentes de enfermedad actual:

Paciente de sexo femenino de 19 años de edad que presenta dolor abdominal en fosa ilíaca derecha de aproximadamente 10 días de evolución de tipo cólico, que fue aumentando progresivamente de intensidad.

Se acompaña de náuseas y anorexia de por lo menos 20 horas. Siendo medicada con analgésicos antiespasmódicos. Niega síntomas urinarios.

Presenta flujo amarillento por lo que se realiza interconsulta con el servicio de Ginecología quienes realizan anamnesis y semiología de la paciente, sin hallar signos y síntomas relacionados con patologías ginecológicas. Se realiza test de embarazo que resulta negativo.

Examen de la región afectada:

Presenta abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha.

Presenta signo de Blumberg, ruidos hidroaéreos y catarsis positivos.

Diagnóstico Sindromático:

Síndrome de fosa ilíaca derecha.

Antecedentes del paciente:

Fisiológicos:

Orexia: conservada **Dieta:** mixta y variada con abundante ingesta de cítricos y verduras.

Dipsia: 2000 ml

Diuresis: conservada

Catarsis: dos veces por día

Somnia: 6 a 7 horas, reparador.

Hábitos tóxicos:

- Drogas: niega consumo.
- Medicamentos: Migral 500 mg (cafeína, ergotamina tartrato, dipirona)
- Tabaco: niega consumo.
- Alcohol: niega consumo.
- Infusiones: mate.

Antecedentes patológicos:

- Médicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- Gineco-obstétricos: Fecha de última menstruación: 15-08-02
- Alergias: chocolate

Examen físico:

Paciente lúcido, colaborador ubicado en tiempo y espacio, en buen estado general.

Signos vitales: estables

Abdomen:

- Inspección normal
- Palpación: dolor en fosa ilíaca derecha
- Percusión: sin particularidades.
- Auscultación: ruidos hidroaéreos positivos.

Examen de genitales externos: normal.

Estudio complementarios

- Leucocitos: 5.900 por mililitro.
- Fórmula leucocitaria:
 - Neutrófilos : 54%
 - Linfocitos: 46%
- Hematocrito: 38%
- Eritrosedimentación: 28 mm/1° hora

Sedimento urinario:

Se observan:

- Abundantes células epiteliales planas.
- Leucocitos: uno por campo.
- Regulares filamentos de mucus.

Ecografía de abdomen completo:

Hígado: forma, tamaño y ecoestructura conservados. Se observa un parénquima estructura es homogénea sin imágenes ecográficas compatibles con lesión.

Vesícula biliar: piriforme, paredes lisas de contenido homogéneo.

- Vía biliar intra hepática: conservada.
- Colédoco: sin particularidades.
- Páncreas: forma, tamaño y ecoestructura conservada.
- Riñón derecho: eutópico, sin particularidades.
- Riñón izquierdo: eutópico, sin particularidades.
- Útero: en anteversoflexión, de forma y contornos conservados, no se observan imágenes de lesión a nivel de sus paredes. Endometrio engrosado.
- Anexo derecho: normal
- Anexo izquierdo: ovario parauterino con una imagen de 23 mm, compatible con folículo funcional

TRATAMIENTO:

Protocolo quirúrgico:

Se realiza incisión de Mc.Burney donde se constata apendicitis congestiva corroborando el diagnóstico presuntivo.

Se exteriorizan las asas delgadas, 1 metro de la válvula ileocecal sin particularidades.

Se exploran anexos derecho e izquierdo sin particularidades.

Se prosigue con la apertura de la pieza quirúrgica y se observa en la luz del apéndice una semilla que podría ser de cítrico.

Post Operatorio: La paciente evoluciona favorablemente en regular estado general

Anatomía Patológica: Apéndice Cecal

Macroscopía: Apéndice cecal que mide 7 X 0,5 cm, con serosa congestiva. Al corte se observa luz puntiforme.

Microscopía: Los cortes muestran pared de apéndice cecal con infiltrado inflamatorio focal a predominio de neutrófilos, en su muscular propia se observa vasocongestión y material fecalohemático en la luz.

Diagnóstico: apendicitis aguda focal.

DISCUSION

A la apendicitis aguda, desde hace unos años se la conoce y se la define como la inflamación del 15% en pacientes mayores de 60 años. (2)

Se la teme por ser considerable causa de muerte, si no es resuelta a tiempo, presentando una mortalidad global por apendicitis aguda no perforada del 0,1%, elevándose al 3% en casos de apendicitis aguda perforativa y llegando esta cifra a los avances de la medicina, se ha podido poner freno a estas terribles complicaciones, pero lo que no se ha conseguido y quizás no se consiga nunca es detener por completo su incidencia.

Estadísticamente se afirma que la apendicitis es predominantemente una enfermedad del mundo occidental, en comparación con África y Asia. (11) En nuestro país, se presenta con mínima diferencia entre los sexos, registrándose la más alta incidencia en la segunda y tercera década de la vida pero producirse en cualquier edad. (13,14,15,16)

Los síntomas más frecuentes y característicos de la apendicitis aguda son dolor abdominal, náuseas y vómitos.

Al comienzo el enfermo experimenta, en forma brusca dolor abdominal difuso, mas pronunciado en el epigastrio o alrededor del ombligo. Habitualmente se presenta como dolor cólico o continuado pero de modera intensidad. A menudo este cuadro doloroso inicial se acompaña de un estado nauseoso y puede aunque no siempre llegar al vómito. (5) La anorexia es tan frecuente que la existencia de hambre debe despertar serias dudas sobre el diagnóstico de apendicitis aguda. (17) Después de 3 a 4 horas el dolor se traslada a fosa iliaca derecha como un dolor intenso originado por la irritación del peritoneo parietal anterior. Esta secuencia de dolor periumbilical o epigástrico (dolor visceral) náuseas o vómitos y dolor localizado en fosa ilíaca derecha (dolor somático) se conoce como cronología de Murphy y se la encuentra en el 55% de los casos. (5)

El punto de máximo dolor a la presión se sitúa en el punto medio de la línea que une el ombligo con la espina ilíaca anterosuperior (signo de Mc. Burney). El signo de la descompresión dolorosa del abdomen (signo de Blumberg) revela irritación peritoneal. (15)

La localización del apéndice y la edad del paciente pueden alterar sustancialmente el cuadro clínico descrito. Siendo el dolor el síntoma de mayor importancia para el diagnóstico, hay que conocer sus posibles variaciones para una correcta interpretación. (5,15).

La existencia de apendicitis crónica primaria como entidad patológica o clínica es muy discutida. Ciertos textos la describen como afección netamente clínica, por los reiterados episodios de dolor en fosa ilíaca derecha (19,20); otros, como procesos recurrentes de apendicitis subaguda (21); en cambio, algunos médicos descartan su validez como inflamación crónica debido a que no presenta todas las características de la misma.

Dentro de los diagnósticos diferenciales más frecuentes de síndrome de la fosa ilíaca derecha encontramos (22):

*** Ginecológicos:**

- Embarazo ectópico.
- Enfermedad pélvica inflamatoria.
- Rotura de quiste ovárico.
- Endometriosis.

*** Urinarios:**

- Infección urinaria.
- Cólico urovesical.

*** Infecciones:**

- Gastroenterocolitis.
- Adenitis mesentérica.

*** Congénitas:**

- Divertículo de Meckel.

*** Quirúrgicas:**

- Colecistitis aguda.
- Úlcera perforada.
- Divertículo de Meckel.

Para realizar los diagnósticos diferenciales nombrados anteriormente se deben tener en cuenta distintos aspectos en cada una de las patologías:

Con respecto a las afecciones **ginecológicas**:

- El embarazo ectópico, es un cuadro más hemorrágico que inflamatorio. La punción del saco de Douglas con hallazgos de sangre disipa las dudas, como también los tests positivos de embarazo (5,18).
- En la enfermedad pelviana inflamatoria el dolor es bilateral e irradiado a sacro, la temperatura elevada guarda relación con el pulso. Al tacto vaginal los anexos son palpables y dolorosos. (5,18)
- Ante la rotura de un quiste de ovario el dolor abdominal se presenta en hipogastrio y es de difícil diagnóstico. (5,18)
- La endometriosis se presenta con un dolor premenstrual aumentado, hay nódulos pelvianos y metrorragia premenstrual. (5,18)

Urinarios:

- Infecciones urinarias: Presenta fiebre alta y escalofríos que aparecen al inicio del cuadro, el dolor se irradia a la zona lumbar, y con frecuencia hay disuria y polaquiuria. Un análisis de orina aclara las dudas. (5,15)
- Cólico urovesical: El tipo e irradiación del dolor más el desasosiego que presentan estos pacientes configuran un cuadro clínico característico. (5)

Infecciones:

- Gastroenterocolitis: Caracterizada por diarrea, con ausencia de dolor localizado de defensa y contractura muscular, en la fosa ilíaca derecha. (5)
- Adenitis mesentérica: Se observa en la infancia y en la adolescencia, las náuseas y los vómitos suelen preceder al dolor y la fiebre por lo general es elevado. Pero en general, evoluciona favorablemente en 24 a 48 horas. La diferencia entre adenitis mesentérica y apendicitis, por lo menos en teoría, es que, aunque ambas duelen, en la primera por no haber irritación peritoneal, no debe palparse rigidez muscular. (5,15,23)

Congénitas:

- Divertículo de Meckel: En muchos de estos casos el diagnóstico diferencial preoperatorio es prácticamente imposible. Puede sospecharse solos por la localización del dolor, que se sitúa mas hacia la región umbilical. (5,17) Un divertículo de Meckel suficientemente irritado para dar dolor agudo necesariamente estará sangrando, lo cual establece la diferencia con la apendicitis. (23)

Quirúrgicas:

- Colecistitis aguda: Generalmente la dificultad diagnóstica se presenta en los casos de apéndice alto o cuando la vesícula está a nivel de la fosa ilíaca derecha por la ptosis del hígado. Son de utilidad antecedentes de diagnóstico previo de litiasis, intolerancia a grasas, cólico, etc. En el cuadro clínico los vómitos son más intensos, la irradiación del dolor es distinta y además se palpa la vesícula tumefacta. (5)
- Úlcera perforada: la duda se presenta cuando la perforación va seguida del vuelco del contenido duodenal, que deslizándose por el espacio parietocólico derecho se localiza en la fosa ilíaca derecha. Los antecedentes sirven para orientar el diagnóstico. La comprobación radiológica de neumoperitoneo es de utilidad. (5)
- Divertículo de Meckel: ya descripto.

En todos estos casos hay que tener en cuenta dos situaciones:

- a) Cuando en el procedimiento existen dudas de diagnóstico, es fundamental la elección de la vía de acceso, que deberá ser lo suficientemente amplia como para disipar todas esas dudas durante la operación.
- b) Cuando sin duda se opera con el diagnóstico de apendicitis y éste se halla normal. La exploración exhaustiva se impone, y si es necesario se ampliará la incisión o se realizará otra. (5)

El diagnóstico puede confirmarse por el cirujano durante una laparotomía exploradora, generalmente a través de una pequeña incisión en el cuadrante inferior derecho. Es importante darse cuenta que no todas las exploraciones para apendicitis revelan un apéndice anormal. Aproximadamente un 10 a 15 % de las operaciones para una probable apendicitis revelan, ya sea una anomalía que no es obvia o un proceso patológico distinto a la apendicitis. Esta tasa de apendicetomías negativas, relativamente altas se tolera debido a que la consecuencia de pasarlas inadvertidas en pacientes con dolor abdominal y a quienes no se les practica una operación oportuna, pueden ser severas y algunas veces mortales. (13)

La cirugía temprana tiene una tasa de mortalidad menor al 0.5 %. (13)

Las complicaciones ante la no-realización del tratamiento quirúrgico correspondiente pueden ser: perforaciones intestinales, gangrena de los intestinos, peritonitis, abscesos. (2)

La bibliografía afirma que el criterio histopatológico para el diagnóstico de apendicitis aguda es la inflamación neutrófila de la capa muscular. (24)

CONCLUSION:

Cabe destacar del caso presentado que el cuadro de apendicitis aguda provocada por cuerpo extraño presento una clínica que no siguió la cronología típica de esta patología, pero quedaría encuadrado como un tipo subagudo de apendicitis que por lo general tiene una duración de horas o días, el dolor puede o no ir acompañado de un estado nauseoso. No hay fiebre ni temperatura diferencial.

No se debe subestimar el cuadro por más que no respete una cronología determinada.

La precisión diagnóstica debe basarse en los criterios clínicos antes expuestos. Siendo mejor una rápida decisión quirúrgica ya que el retraso se acompaña de una alta morbilidad y mortalidad.

Una vez realizada la cirugía, la paciente evolucionó favorablemente y actualmente se encuentra en buen estado, ratificando que su cuadro correspondía a una apendicitis, y que fue óptimo el tratamiento elegido luego de haber realizado el diagnóstico precoz de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA:

1. Robbins C, Kumar V, Collins T. Patología estructural y funcional 6° edición Interamericana. Mac Graw Hill 1999; 874-875.
2. Ferraino P, Oria, A. Cirugía de Michans. 4° edición Buenos Aires: El Ateneo: 1994. 807.
3. Klingler P, Seelig M, DeVault K, Wetscher G, Floch N, Branton S, Hinder R. Ingested foreign bodies within the appendix: A 100-year review of the literature. Dig Dis 1998;16(5):308-14.
4. Klingler P, Smith S, Abendstein B, Brenner E, Hinder R. Management of ingested foreign bodies within the appendix: a case report with review of the literature. Am J Gastroenterol 1997;92(12):2295-8.
5. Deschans, J; Grinfield, D, Ortiz, F. Escuela Quirúrgica Christmann. 2° edición Buenos Aires. El Ateneo: 1988. 55-55.2.
6. Zoguerh D, Lemaitre X, Ikoli J, Delmont J, Chamlian A, Mandaba J, Nali N. Acute appendicitis at the National University Hospital in Bangui, Central African Republic: epidemiologic, clinical, paraclinical and therapeutic aspects. Sante 2001 ;11(2):117-25.
7. Takayanagi N, Muramatsu H, Matsunaga T, Numata T, Yamauchi N, Ihara K, Nishizato T, Ebihara Y, Okamura K, Tomiyama M. A case of true enterolithiasis with acute appendicitis. Nippon Shokakibyo Gakkai Zasshi. 2000;97(11):1378-84.
8. Renner K, Holzer B, Hochwarter G, Weihsbeck E, Schiessel R. Needle perforation of the appendix. Dig Surg 2000; 17(4): 413-4
9. Howie G. Appendiced gunshot pellets. ANZ J Surg. 2002;72(2):168.
10. Losanoff J, Jones J, Richman B. Acute appendicitis intraluminal resulting from shotgun pellets. ANZ J Surg. 2002;72(2):168.
11. Shamburek R, Farrar J. Disorder of digestive system in the elderly. The New England Journal of Medicine 1990; 322(7): 441
12. Borretti J, Lovesio C. Cirugía Bases Fisiopatológicas para la Práctica. Buenos Aires: El Ateneo 1989. 1401.
13. Silverberg S, De Lellis R, Frable W. Appendicitis: Principles and Practice of Surgical Pathology and Cytopathology . 3° Edición. Singapur: 1997. 1782-1790.
14. Chikiar A, Curcio O. Apendicitis Aguda. Prensa Médica Argentina. 1994; 81: 923-929.
15. Farreras Valentí P, Rózman C. Medicina Interna. 13° Edición. Madrid: Harcourt Brace: 1998. 143-145.
16. Otero G, Villaronga A, Deluca E. Revisión diagnóstica y terapéutica de la Apendicitis aguda. Prensa Médica Argentina. 1983; 70: 371-375.
17. Isselacher K, Braunwald E, Wilson J, Martín J, Fauci A, Kasper D. Harrison Principios de Medicina Interna. 13° edición. Madrid: Interamericana. Mc Graw-Hill; 1994. 1646-1648.
18. Comparato M. Ginecología en esquemas. Buenos Aires: El Ateneo; 1992: 136-138.
19. Cosio P. Medicina Interna. 6ª edición. Buenos Aires. 860-862.
20. Christmann F. Clínica Quirúrgica. 4ª edición. Buenos Aires. 1968. 682 - 689.
21. Schwartz S, Maingot E. Operaciones Abdominales. 8° edición. Madrid: Panamericana; 1986. 1229
22. García H, Monti C, Cottini S. Abdomen Agudo. Programa de Actualización de Cirugía. 2000; 4: 211.
23. Meneghello J, Fanta E, Paris E, Rosselot J. Pediatría. 4° edición Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo; 1992. 1131-1139.
24. Sanguinetti L. Semiología, Semiología y Clínica Propedéutica. 3ª Edición. Buenos Aires; 1975. 484-485.

