

CASO CLÍNICO/ CLINICAL CASE

PLASTRÓN APENDICULAR SECUNDARIO A APENDICITIS AGUDA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA: UN REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Appendicular Plastron Secondary To Acute Appendicitis With Atypical Clinical Presentation: Case Report And Literature Review.

*Edgar Vergara Dagobeth¹, Michael Muñoz Ortiz², David Andrés Vergara García³.

Recibido: noviembre 8 de 2013.

Aprobado: diciembre 04 de 2013.

Resumen

La apendicitis aguda es la patología quirúrgica, de emergencia, más frecuente en el mundo. El pronóstico de los pacientes con apendicitis aguda es bastante bueno si se realiza el diagnóstico y el tratamiento temprano de dicha patología. Algunos casos tienen presentación atípica y hay demora en el diagnóstico. Se presenta un caso clínico de varón de 40 años con apendicitis aguda de presentación atípica que se diagnosticó en fase tardía, plastrón apendicular abscedado, que fue llevado a cirugía de urgencias y evolucionó satisfactoriamente. En conclusión los pacientes con apendicitis aguda de presentación atípica se diagnostican tardíamente; y el riesgo de morbimortalidad aumenta.

Palabras clave: Apendicitis, Mortalidad, Apenicectomía.

Abstract

Acute appendicitis is the most common disease that requires emergency surgery in the world. The prognosis of patients with acute appendicitis is quite good if there is early diagnosis and early treatment. Some cases have atypical presentation and there is a delay in diagnosis. There was a case of a 40 year old male with an atypical presentation of acute appendicitis, diagnosed at a late stage, and plastron abscessed appendix. He was taken to emergency surgery and has evolved satisfactorily. In conclusion, patients with an atypical presentation of acute appendicitis usually receive a late diagnosis which therefore increases the risk of morbidity and mortality.

Key words: Appendicitis, Mortality, Appendectomy.

¹ Médico, Cirujano de mama y tejidos blandos, Hospital Universitario de Sincelejo, Sincelejo, Colombia. Profesor Asociado, Programa Medicina, Universidad de Sucre.

² Médico Interno, Universidad de Sucre, Sincelejo, Colombia.

³ Médico Interno, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

* **Correspondencia:** Correo electrónico: edgar.vergara@unisucre.edu.co

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda constituye, en el contexto emergente, la patología quirúrgica más frecuente en el mundo. Las estadísticas muestran que al menos 7% de la población mundial presentará esta patología en algún momento de su vida. (1,2) Para evitar complicaciones, como peritonitis generalizada, sepsis, shock séptico, falla multiorgánica e incluso la muerte, el diagnóstico debe realizarse de manera rápida. Es de gran importancia realizar una buena historia clínica, con excelente anamnesis y exploración física, y solicitar los paraclínicos correspondientes que permitirán hacer diagnóstico diferencial con otras entidades que también cursen con abdomen agudo (3).

La presentación clínica de la apendicitis es fundamental para su diagnóstico. Comúnmente se observan dolor abdominal migratorio, de inicio en epigastrio y que posteriormente se localiza en fosa iliaca derecha; palpación dolorosa en punto de McBurney; signo de Blumberg, signo de Rovsing; resistencia muscular local; náuseas, vómitos y anorexia (4).

Dado todo lo anterior resulta de gran interés el estudio y la presentación de casos clínicos atípicos en la presentación de esta patología, ya que muchos de los pacientes comunes, que se presentan en nuestro servicio de urgencias no presentan las características semiológicas de "libro" (5).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 40 años de edad, con antecedentes de hospitalización previa, hace 4 años, por síndrome de abdomen agudo secundario a litiasis renal, comprobada por imágenes. Su cuadro clínico se inició 5 días antes de ser remitido al Hospital Universitario de Sincelejo. Inició con dolor abdominal leve en fosa iliaca izquierda, que luego se le localizó en hipocondrio izquierdo; sin otra sintomatología. Se automedicó analgésicos, con mejoría parcial del dolor. Dos días después el dolor se localizó en abdomen inferior y consulta a primer nivel de atención donde lo tratan con líquidos parenterales y antiespasmódicos endovenosos, para

manejo de litiasis renal; mejora el dolor y es enviado a casa.

Al quinto día, el dolor se generaliza en el abdomen, aparece fiebre y vómitos. En el examen físico de ingreso, presentaba frecuencia cardíaca de 122 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 22 por minuto, temperatura de 38.3 °C, en abdomen dolor más marcado en fosa iliaca derecha con signos de irritación peritoneal. El leucograma reporta leucocitosis (19.000/mm³) con neutrofilia (83%). Es valorado por el servicio de cirugía general que justifica llevar a cirugía de urgencias por cuadro de abdomen agudo secundario a apendicitis aguda complicada con peritonitis.

Los hallazgos quirúrgicos muestran plastrón apendicular abscedado, apéndice necrosada. Se realiza drenaje de absceso, cierre del muñón apendicular en base de ciego; dejando sonda de drenaje de cavidad peritoneal y piel y tejido celular subcutáneo abierto.

Recibió antibioticoterapia contra bacterias gram negativas y gram positivas durante 6 días. Se le retiró el drenaje al cuarto día y cierre de la herida quirúrgica al quinto día. Su evolución fue satisfactoria.

REVISIÓN Y DISCUSIÓN DE LA LITERATURA CIENTÍFICA

La apendicitis, una inflamación del apéndice vermiforme vestigial, es una de las causas más comunes de abdomen agudo y una de las indicaciones más frecuentes de cirugía abdominal emergente en el mundo entero. Ocurre más frecuentemente en la segunda y tercera década de la vida (6,7). Su incidencia es de aproximadamente 233/100.000 habitantes, y alcanza su pico máximo en el grupo de edad de los 10 a los 19 años. Es más frecuente en hombres (índice hombre mujer de 1.4:1), con una incidencia a lo largo de la vida de 8.6% comparada con 6.7% en mujeres (8).

Un acercamiento clínico, basado en síntomas y signos, constituye la piedra angular del diagnóstico de la apendicitis aguda (9). El síntoma más característico de la enfermedad es el dolor;

de tal manera que la ausencia de éste y la ausencia de resistencia muscular hacen dudar de su diagnóstico (10). Sin embargo, es importante conocer que, en el contexto de pacientes que padecen mielitis transversa o trastornos semejantes, el dolor puede estar ausente (11). Típicamente el dolor abdominal se percibe inicialmente difuso, no muy intenso, de origen visceral, localizado en epigastrio o región periumbilical; en ocasiones con carácter cólico. Luego de un intervalo de uno a dos horas migra y se sitúa en la fosa iliaca derecha, donde se hace constante y estable. Esta secuencia clínica del origen dolor se presenta en 55% de los pacientes con apendicitis, y se denomina “dolor típico” (12,13). El paciente del presente caso no presentó esta secuencia de dolor, probablemente por enmascaramiento con los antiespasmódicos.

Un 45% de los pacientes con apendicitis no desarrollan la sucesión clásica del dolor de tipo visceral y somático, por tanto éste se denomina “dolor abdominal atípico”. Estos pacientes pueden presentar dolor totalmente somático (localizado en el cuadrante inferior desde el principio), o totalmente visceral (difuso durante toda la evolución de la patología). Este tipo de presentación “atípica” del dolor es más común en pacientes de edad avanzada, en quienes el dolor se desarrolla menos intenso y se localiza más tardíamente en fosa iliaca derecha (14,15). El paciente descrito en el caso clínico era joven, pero nunca localizó el dolor en fosa iliaca derecha.

Pacientes con apéndice de localización anormal usualmente tienen clínica atípica, especialmente en lo referente al dolor. Por ejemplo, apéndices retrocecales muy altas sólo producen dolor difuso en flanco derecho; apéndices intrapélvicas generan tenesmo vesical y malestar vago en la región suprapúbica, pero no dolor somático que afecte la pared abdominal anterior. (16,17) Este paciente pudo tener un apéndice largo con la punta hacia la pelvis para que se confundiera con la irradiación de un cólico ureteral.

Se ha descrito que, una vez ocurre la perforación del apéndice, sobreviene la “calma traidora de Dieulafoy”, puesto que el dolor de la apendicitis aguda se alivia y continúa con intensidad disminuida durante un tiempo corto, pero posteriormente se desarrolla el dolor característico de la peritonitis difusa. Esta sensación de alivio se ha atribuido a la disminución de la presión del apéndice. No obstante, en la mayoría de los pacientes el dolor continúa o aumenta de intensidad luego de la perforación, y rara vez se alivia. Lo más común es que después de la perforación, la localización del dolor no sea tan precisa; pero empeora el estado clínico del paciente y comienza a aparecer distensión abdominal (18-20). El paciente no realizó esta variación del dolor; pero, cuando ya se abscedió el plastrón apendicular, reanudó el dolor de forma intensa.

La falta de apetito o la repugnancia por la comida también tienen valor para el diagnóstico de apendicitis aguda. Cualquier persona que, estando previamente sana, pierda inexplicablemente el apetito y se aqueje de dolor abdominal debe realizársele vigilancia estrecha pues puede estar cursando con apendicitis aguda (13).

Se estima que 9 de cada 10 pacientes con apendicitis presentan náuseas. Los episodios de vómito son reflejos y más variables que las náuseas. Niños y adolescentes vomitan más a menudo, mientras que en ancianos ocurre raramente. Los vómitos en apendicitis no son persistentes ni prolongados, y pueden ser de contenido alimentario o bilioso. La mayoría de pacientes presentan uno o dos episodios eméticos. Usualmente el dolor abdominal precede la aparición del vómito. En caso de que ocurra de manera contraria, siendo el vómito el que preceda al dolor, debe cuestionarse el diagnóstico de apendicitis aguda. En términos prácticos, la intensidad y frecuencia de los vómitos al inicio de la sintomatología indican el grado de distensión del apéndice y, por tanto, el peligro inmediato de perforación (18,21). Este paciente no presentó vómito.

La fiebre, al comienzo, es moderada (37 - 38.5°C). Algunos autores plantean que si al inicio la fiebre es de 39 – 40°C no se trata de apendicitis aguda. Posterior a la perforación del apéndice la temperatura corporal se eleva por encima de 38,5°C y se acompaña de escalofríos. Tener presente la diferencia de la temperatura rectal y axilar de aproximadamente 1°C (10,13,14). El paciente sólo presentó fiebre cuando el plastrón apendicular se abscedió.

Al examen físico se puede encontrar pulso normal o aumentado, que, luego de agravarse la patología y sobrevenir peritonitis, se hace más acelerado y filiforme (14).

El abdomen se encuentra sin signos de enfermedad durante los estadios iniciales. Mientras evoluciona la enfermedad, el paciente empezará a presentar intranquilidad; posición antálgica, encorvado y con las manos puestas sobre el hemiabdomen inferior o directamente sobre la fosa iliaca derecha; y dolor con la deambulación, debido a la contracción del músculo psoas que ocasiona compresión de la región apendicular. Cuando la inflamación del apéndice afecta la pared abdominal anterior la sintomatología se hace aún más florida, se evitan los movimientos, y, si los hace, los efectúa muy cuidadosamente; la cadera derecha se flexiona ligeramente; y se puede presentar limitación de movimientos respiratorios en hemiabdomen inferior (3,13). Este paciente prosiguió con sus labores normales y al quinto día presentó fiebre.

Cuando la pared abdominal es delgada un absceso o plastrón podrían apreciarse como una saliente o relieve en la fosa iliaca derecha. Si el dolor se desencadena o aumenta con los esto podría indicar inflamación peritoneal. En cuanto a la auscultación usualmente no se encuentran hallazgos patológicos; sin embargo, podrían escucharse un silencio abdominal o ruidos hidroaéreos, según la etapa clínica de la apendicitis (3,16-18). El paciente al examen físico no se le palpó masa en abdomen.

La ubicación del dolor a la palpación en fosa iliaca derecha depende de la posición del

apéndice. Si se encuentra hiperestesia local de la piel de la pared abdominal es sugestivo de apendicitis sin perforación. Éste es un signo frecuente, pues puede encontrarse en más de la mitad de los casos; pero es inconstante. Usualmente es unilateral, limitado al hemiabdomen derecho, pero se puede encontrar en raros casos de forma bilateral (16-19). Este paciente presentó dolor bilateral en fosas iliacas.

Defensa muscular puede encontrarse sobre el área inflamada, pero no es un signo constante en el periodo inicial.

Existen varios grados de rigidez o defensa muscular. En el grado extremo la porción de pared abdominal comprometida se vuelve persistentemente rígida, y no se mueve con la respiración; usualmente se presenta cuando hay peritonitis. Un grado menor sería cuando al tocar la superficie de la piel el músculo inmediatamente se contrae. El grado más leve es cuando la contracción muscular solo se produce cuando se hace palpación profunda en fosa iliaca derecha, o hacia la zona donde se ubica el apéndice. Grados leves que sean persistentes pueden ser indicativos de irritación del peritoneo parietal. Cuando se trata de apéndices no perforada de situación pélvica, la defensa muscular está casi siempre ausente. No se debe considerar a la defensa muscular como signo precoz de apendicitis, pues no siempre está presente durante el periodo inicial, y aún hay pacientes con peritonitis que nunca la desarrollan, como cuando el apéndice se localiza en pelvis (14,18). El paciente sólo presentó defensa muscular cuando el plastrón se abscedió.

En cuanto al uso de analgésicos en el contexto del paciente con sospecha de apendicitis aguda, clásicamente se ha proscrito su uso puesto que pueden atenuar o abolir los signos sugestivos de la patología; sin embargo, los estudios recientes no respaldan esta teoría (22,23). Estudios como el de Frei y colegas han mostrado que el uso de opioides no se asocia con retraso en el tratamiento, puesto que son medicamentos con propiedades analgésicas puras;

pero no sucede de la misma manera con medicamentos antiinflamatorios (como los Antiinflamatorios no esteroideos) que sí se han asociado con retraso en el manejo (24).

En la mayoría de casos el tratamiento de elección consiste en la extirpación quirúrgica expeditiva del apéndice. No obstante, antes de la cirugía se inicia manejo endovenoso con antibióticos y líquidos. El uso de analgésicos se restringe mientras no haya diagnóstico certero. En pacientes con enfermedades de base es recomendable estabilizar sus condiciones fisiológicas (25). La cirugía puede realizarse a cielo abierto (técnica tradicional, invasiva) o mediante laparoscopia (técnica mínimamente invasiva), con igual grado de eficacia. La elección de la técnica quirúrgica depende de dos factores: la experiencia que tenga el cirujano y la disponibilidad de recursos operativos y hospitalarios de la institución de salud. En mujeres jóvenes, en obesos y pacientes con diagnóstico dudoso cobra especial utilidad la técnica laparoscópica; empero, esta técnica puede tener mayor dificultad en casos de apendicitis complicada o perforada, las cuales tienen hasta un 25% de probabilidad de convertirse en cirugías abiertas (26).

Ante una apendicitis perforada debe realizarse irrigación generosa de la cavidad peritoneal y continuar antibióticos endovenosos en el postoperatorio inmediato mientras se normalizan los leucocitos y la temperatura corporal (26).

El manejo de un plastrón apendicular (apendicitis subaguda) se basa, inicialmente, en antibioterapia endovenosa, nada vía oral y drenaje percutáneo de abscesos periapendiculares. Al disminuir el dolor se puede iniciar cuidadosamente la ingesta, para finalmente terminar el curso de antibióticos por vía oral para el alta. Es aconsejable realizar imágenes del abdomen de control para estar seguros que la colección se ha resuelto antes del retiro del drenaje, y descartar otras patologías asociadas o causales (como cáncer). Luego de 6 a 8 semanas, se puede realizar la apendicectomía (27,28).

La complicación más frecuente luego de la apendicectomía es la infección de la herida quirúrgica. Con aras a disminuir esta morbilidad se prefieren dejar las heridas abiertas y cerrar posteriormente por cierre primario tardío, o permitir cierre por segunda intención (29). Esta fue la conducta seguida en el paciente de este caso, y tuvo buena evolución.

El pronóstico de esta condición es bueno si el diagnóstico y el tratamiento se realizan de manera oportuna; el paciente retorna en pocos días a su vida normal sin ninguna secuela. La mortalidad se eleva si hay retraso en el diagnóstico y/o manejo, puesto que se favorece la presentación de apendicitis perforada con subsecuente peritonitis localizada y generalizada, que generan compromiso sistémico (26,27). A pesar que el cuadro clínico de este paciente era avanzado su evolución fue buena.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Galindo-Gallego M, Fadrique B, Nieto MA, Calleja S, Fernández- Aceñero MJ, Ais G, et al. Evaluation of ultrasonography and clinical diagnostic scoring in suspected appendicitis. *Br J Surg.* 1998;85:37-40.
2. Hardin DM, JR. Acute Appendicitis: Review and Update. *Am Fam Physician* 1999; 60: 2027-34.
3. Departamento de Cirugía. Esc.Med. Univ. Hab: Cirugía. Cuba. 2005, Tomo III, Cap. 13, p. 282-294.
4. Wagner J, McKinney P, Carpenter J. Does this patient have appendicitis?. *JAMA.* 1996; 276(19):1589-94.
5. Wong P, Morón P, Espino C, Arévalo J, Villaseca R. Apendicitis aguda. [monografía en Internet]; Disponible en:http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Medicina/cirugia/Tomo_I/Cap_11_Apendicitis%20aguda.htm
6. Humes D, Simpson J. Acute appendicitis. *BMJ* 2006; 333 (7567); 530-4.
7. Williams G. Presidential Address: a history of appendicitis. With anecdotes illustrating its importance. *Ann Surg* 1983; 197:495.
8. Fitz R. Perforating inflammation of the vermiform appendix with special reference to its early diagnosis and treatment. *Am J Med Sci* 1886; 92: 321.
9. Addiss DG Shaffer N, Fowler B, Tauxe R. The epidemiology of appendicitis and ap-

- pendectomy in the United States. *Am J Epidemiol* 1990; 132(5):910-925.
10. Andersson R. Meta-analysis of the clinical and laboratory diagnosis of appendicitis. *Br J Surg* 2004; 91(1): 28-37.
 11. Medicos de Ecuador [Sede web]. Ecuador: Sociedad Ecuatoriana de Cirugía; 2007 [acceso 6 de enero de 2014]. De Parodi F. Apendicitis aguda. [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: http://www.medicosecuador.com/librosecng/articulos/3/apendicitis_aguda.htm
 12. Sabiston D. Appendicitis. En Sabiston (Editor). *Textbook of Surgery*. Philadelphia. WB Saunders. 1997 págs. 964-970.
 13. Astroza G, Cortés C, Pizarro H, Umaña M, Bravo M, Casas R. Diagnóstico clínico en apendicitis aguda. *Rev Chil Cir* 2005; 57(4):337-9.
 14. Beltrán M, Villar R, Tapia T, Cruces K. Sintomatología atípica en 140 pacientes con apendicitis. *Rev. Chilena de Cirug [Online]* 2004 [6 de Enero de 2014]; 56(3): [269-74]. Disponible en: [http://www.revistacirugia.cl/PDF%20Cirujanos%202004_03/Rev.Cir.3.04.\(13\).AV.pdf](http://www.revistacirugia.cl/PDF%20Cirujanos%202004_03/Rev.Cir.3.04.(13).AV.pdf)
 15. Silen W. Apendicitis aguda. En: Braunwald E, Farsi AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo D, Jameson JL. *Principios de medicina interna Harrison*. Vol 2. 15 ed. Madrid: Mc Graw Hill, 2002. p. 19924.
 16. Rodríguez L, Fernández J. Características Clínicas y diagnóstico del Abdomen Agudo. Edit. Científico-Técnica, La Habana, 1993. p.57-68
 17. Parrilla P, Garcia V Salgado J, Targarona E. Abdomen agudo. En: Farreras P, Ro-sen C. *Medicina Interna*. Vol 1. 14 ed. Madrid: Harcourt, 2000. p. 191-204.
 18. Llanio R. Propedéutica Clínica y Fisiopatología. Edit. Pueblo y Educación. Cuba. 2004 Tomo II, p. 594-596.
 19. Pinilla R. et al. Valoración de algunos aspectos según estudio evolutivo de la apendicitis aguda. *Rev Cubana Cir* 26 (6): 2131, 2001.
 20. Beltrán M, Villar R, Tapia T. Diagnóstico de apendicitis. Estudio prospectivo doble ciego, no aleatorio. *Rev Chil Cir* 2004; 58(8): 550-7.
 21. Vázquez M, Morteruel E, García E, Mintegui S, Canapé S, Benito J. Diagnóstico de apendicitis aguda. *An Esp Pediatr* 2003; 58: 556-61.
 22. Pace S, Burke T. Intravenous morphine for early pain relief in patients with acute abdominal pain. *Acad Emerg Med* 1996; 3(12):1086-92.
 23. Gallagher E, Esses D, Lee C, et al. Randomized clinical trial of morphine in acute abdominal pain. *Ann Emerg Med* 2006; 48(2): 150-60.
 24. Frei S, Bond W, Bazuro R, Richardson D, Sierzega G, Wasser T. Is early analgesia associated with delayed treatment of appendicitis? *Am J Emerg Med* 2008; 26(2):176-180.
 25. Khatouda N, Mason R, Towfigh S, Gevorgyan A, Essani R. Laparoscopic versus open appendectomy: a prospective randomized double-blind study. *Ann Surg* 2005 ;242(3):439-48; discussion 448-50.
 26. Margenthaler J, Longo W, Virgo K, Johnson F, Oprian C, Henderson W, Daley J, Khuri S. Risk factors for adverse outcomes after the surgical treatment of appendicitis in adults. *Ann Surg*. 2003; 238(1):59-66.
 27. Rao PM, Rhea JT, Rattner DW, Venus LG, Novelline RA. Introduction of appendiceal CT: impact on negative appendectomy and appendiceal perforation rates. *Ann Surg* 1999;229(3):344-9
 28. Prystowsky JB, Pugh CM, Nagle AP. Appendicitis. *Current Problems in Surgery*. 2005; 42 (10): 687-736
 29. Rucinski J, Fabian T, Panagopoulos G. Gangrenous and perforated appendicitis: a metaanalytic study of 2,532 patients. *Surgery* 2000;127: 136-141.