

Comunicación breve

Apendicitis crónica, ¿existe o no?

Mario Sánchez-Arias

Resumen

Por décadas se ha enseñado en las escuelas de medicina y en los textos de cirugía, que la apendicitis es un proceso agudo, que se inicia por la obstrucción de la luz apendicular y no tiene retroceso. Sin embargo, en no pocos casos, se presentan dolores agudos en el cuadrante inferior derecho del abdomen, que no son tan claros como para hacer el diagnóstico de apendicitis aguda y que desaparecen espontáneamente o con tratamiento, en muchos de los cuales se procede con cirugía y para sorpresa, el examen histológico de la pieza muestra datos de inflamación crónica. El presente artículo presenta una serie retrospectiva descriptiva de 6 casos, operados 5 de ellos por apendicitis aguda y el último con diagnóstico preoperatorio clínico y ultrasonográfico de apendicitis crónica. Los casos fueron recolectados en un periodo de 8 años en el Hospital Clínica Católica (actual Hospital La Católica), con una frecuencia extrapolada del 5%, siendo el 67% masculinos, con un promedio de evolución de 64 días; el 83% con dolor en la fosa ilíaca derecha (FID) y todos con comprobación histológica de inflamación crónica y obliteración fibrosa. Hubo un 100% de alivio del dolor después de la apendicectomía. Particularmente, se reporta el caso número 6, con clínica de 3 episodios de dolor recurrente en 1 año en FID y ultrasonido de apendicitis crónica, en quien se hizo el diagnóstico preoperatorio, se operó electivamente 2 días después del diagnóstico y el resultado histológico fue consistente con apendicitis crónica. Se concluye que sí existió el cuadro de apendicitis crónica y se recomienda remover quirúrgicamente el apéndice (abierto o laparoscópico) en los pacientes que tienen dolor crónico o recurrente en cuadrante inferior derecho del abdomen.

Descriptor: Abdomen agudo, apendicitis, dolor abdominal crónico

Key words: Acute abdomen, apendicitis, chronic abdominal pain

Recibido: 19 de julio de 2006

Aceptado: 17 de octubre de 2006

Para los cirujanos no es muy aceptable la idea de que exista la apendicitis crónica.¹ Hay acuerdo en que la apendicitis se produce por obstrucción de la luz apendicular, produciendo una asa ciega distal, con hipertensión intraluminal que llegue a comprometer el drenaje linfático, venoso y finalmente la irrigación arterial, convirtiéndose, por tanto, en un cuadro progresivo hasta la perforación.² Pero se acepta con dificultad que este mismo mecanismo fisiopatológico sea reversible de manera espontánea o con tratamiento³, y que se presente de nuevo en el mismo paciente.

Los libros de texto de cirugía solo mencionan escuetamente la posibilidad de que pueda ocurrir una reversión de una inflamación aguda y repetir en su presentación.^{4,5}

Las escuelas de medicina no lo enseñan en general y se tiene la idea de que eso no existe.

Sin embargo, al revisar la bibliografía, aunque es escasa la información, se encuentra que existen reportes de esta patología.^{1,6,7} Con la presente comunicación se refieren elementos que

Hospital La Católica
Profesor Asociado
Universidad de Costa Rica
Abreviaturas: Ap Ag,
apendicitis aguda; CID,
cuadrante inferior derecho;
FID, fosa ilíaca derecha; US,
ultrasonido
Correspondencia:
777-2150 Moravia

ISSN 0001-6002/2007/49/1/45-48
Acta Médica Costarricense, ©2007
Colegio de Médicos y Cirujanos

comproban la existencia de la apendicitis crónica, mediante el aporte de una serie personal realizada durante los últimos 8 años de trabajo en el Hospital La Católica.

Materiales y métodos

Se revisaron todos los expedientes de los pacientes operados por el autor en el Hospital La Católica, de febrero de 1999 a mayo de 2006, con el diagnóstico clínico de apendicitis aguda o crónica, y se estudiaron aquellos en los que el reporte de patología indicó que se trataba de un proceso crónico. Se obtuvieron los datos: edad, sexo, tiempo de evolución de los síntomas, cuadro clínico, diagnóstico inicial, estudios diagnósticos previos, hallazgo operatorio y reporte histológico.

Resultados

Se encontraron 6 casos con datos histológicos de actividad crónica apendicular. Los pacientes tenían una edad

promedio de 40 años, el 67% eran de sexo masculino y 33% del femenino. El tiempo de evolución de los síntomas fue de 64 días en promedio y el 83% de los pacientes consultaron por dolor en fosa ilíaca derecha (Cuadro 1).

Particularmente, se reporta el caso número 6, de un paciente que tuvo un tiempo de evolución de 1 año y 3 episodios de dolor agudo en cuadrante inferior derecho, que simulaban una apendicitis aguda, diverticulitis y hernia inguinal, respectivamente; durante su último episodio se realizó un ultrasonido, el cual indicó apendicitis crónica (con base en los datos de apéndice cecal identificable, gruesa, de 9.2 por 8.5mm en tercio inferior y de 7.5 por 7.7mm en el tercio medio, sin exudados periapendiculares, no comprimible con la presión externa). Este paciente fue programado electivamente 2 días después del diagnóstico (por necesidades de estudio del joven) para apendicetomía electiva. Esta se realizó sin complicaciones y hubo un alivio del 100% de su sintomatología, igual que todos los demás (Figura 1). El reporte histológico fue consistente con el diagnóstico de apendicitis crónica, al describir: apéndice con mucosa intacta, infiltrando inflamatorio crónico en submucosa y muscular, predominantemente linfocitario, la serosa con vasos dilatados e ingurgitados y también con infiltrado linfocitario.

Cuadro 1. Características generales de los casos

Pte	Edad	Sexo	T. evolución	Clínica	Dx inicial	Estudios dxs	Hallazgo qx	Histología	Alivio 1 mes
1	61	f	1 d.	Dolor pelvico	Ap. Ag Divertic	L:17.200 US: nl	Ingurgitac serosa	Obliteración fibrosa, luz infl ag y cr	100%
2	31	m	1d.	Dolor f.i.d.	ApAg	L. nl, Rx: Borr Psoas	Inflam de serosa	Obliteración fibrosa Infl. Ag y cr	100%
3	48	m	15d.	Dolor f.i.d.	ApAg	L 12.900 US: Colec.	Ap. Dura, Necrótica perforada	Reemplazo de todas capas por fibrosis Infl ag y cr.	100%
4	38	m	3d.	Dolor f.i.d.	ApAg	L: 10.400 US (+)	Inflamc en punta	Obliteración fibrosa infl cr.	100%
5	39	f	1d.	Dolor f.i.d.	ApAg	L:15.100 US: nl	Indurac 1/3 medio	Obliteración fibrosa. Infl aguda focal	100%
6	22	m	1 año (3)	Dolor f.i.d. e inguinal	Ap.Cr	L: nl Us: (+)	Engrosada, dura, ingurgitada	Infl crónica linfocitaria	100%
Total	40	67 m 33 f	64d	83% dolor f.i.d.	Ap Cr. 1 caso	Us (+) 60%		Infl Cr 83%	100%

Casos operados en H. Católica 1999 a 2006, por el autor

Abreviaturas: ApAg, apendicitis aguda, Infl: inflamación, ag: aguda, cr, crónica, f.i.d.: fosa iliaca derecha, L: leucograma, US: ultrasonido, colec: colección líquida, m: masculino, f: femenina.

Discusión

Como se ha mencionado, el diagnóstico de apendicitis crónica no ha sido aceptado ampliamente en la bibliografía mundial⁸⁻¹⁰, a pesar de que la primera descripción fue hecha a finales del siglo XIX¹¹, en el libro de texto *Diagnostic Surgical Pathology* de Sternberg S.S, que señala: “ha sido debatido por largo tiempo si la apendicitis aguda puede volverse crónica o si puede ser reconocida en un estadio crónico, sin embargo, la fibrosis prominente, un infiltrado crónico en la pared y el tejido de granulación, son anormales y dan soporte al diagnóstico de apendicitis crónica”.¹²

El diagnóstico correcto de un paciente con dolor abdominal en el CID puede ser un reto difícil, más aún cuando se trate de dolores no muy claros y crónicos. Las causas de dolor crónico en CID son muy variadas, así se pueden enumerar: adherencias, hernias, endometriosis, parasitosis que afectan el ciego, ileitis regional y apendicitis recurrente o crónica, entre otros.¹³ específicamente en cuanto a la apendicitis crónica, la bibliografía ha tratado de definir como apendicitis recurrente: aquella que consiste en ataques recurrentes de dolor en FID, y apendicitis crónica como un ataque de dolor en FID de más de 2 semanas de duración. Sin embargo, esto es muy arbitrario y no tiene una significancia clínica.^{11,14,15}

La fisiopatología de la apendicitis aguda se produce por obstrucción de la luz apendicular, que no cede, progresando el proceso inflamatorio hasta la perforación. En el caso de la apendicitis crónica se ha propuesto: obstrucción parcial de la luz, con remisión espontánea^{2,6,9} y posiblemente por hiperplasia, mucus espeso, inflamación, presencia de fecalitos.¹

El cuadro clínico del paciente con apendicitis crónica consiste de dolor moderado en el CID, autolimitado, que dura horas y se resuelve espontáneamente con algún medicamento liviano; a menudo el dolor no es muy severo y el paciente no busca atención médica hasta que aumente y se decide en una consulta la apendicectomía. En este punto es indistinguible de una apendicitis,^{1,16} como ocurrió en 5 de los casos reportados, por lo que el diagnóstico es en general retrospectivo¹³ y raramente preoperatorio, como el caso número 6 reportado en esta serie. Su frecuencia de presentación se ha estimado entre 5-10%.^{10,17,18} Al extrapolar la frecuencia de apendicectomías realizadas por año, por el autor, la frecuencia calculada es del 5%.

Los estudios no muestran ningún examen característico; igual que en la apendicitis aguda puede presentarse leucocitosis, aunque menos pronunciada. En relación con los estudios de gabinete, se debe mencionar que la radiografía de abdomen, el ultrasonido y la tomografía axial computarizada no ofrecen datos específicos característicos.¹⁹⁻²¹

La tomografía axial computarizada helicoidal es el estudio de mayor sensibilidad (95%) para el diagnóstico de apendicitis^{22,23}, al reconocer: el ensanchamiento apendicular mayor de 6mm, el engrosamiento de la pared, la inflamación de la grasa periapendicular, la presencia de abscesos, fecalitos, adenopatías y cambios cecales secundarios⁶, sin embargo, los hallazgos no son diferentes a los de la apendicitis crónica.^{24,25}

En la serie solo se realizó US, el cual fue positivo en un 60%, muy cercano a lo que reporta la bibliografía (75%).^{21,26,27}

Interesantemente, se observa en todas las series que los pacientes se alivian por completo de sus síntomas agudos y crónicos^{1,7,10,14,28} después de la apendicectomía abierta o laparoscópica²⁹, dato que se corroboró al constatar que los pacientes, se trataron por apendicectomía convencional. El estudio histopatológico de estos especímenes muestra: infiltrado inflamatorio agudo en algunos y crónico en todos, con fibrosis, obliteración fibrosa de la luz apendicular e infiltración linfocitaria y eosinofílica.^{11,30} Como se puede ver en los casos reportados, el 83% tiene inflamación crónica y cuando no se menciona, hay una obliteración fibrosa, que indica un proceso crónico, y en el caso 6 se reporta la infiltración linfocitaria crónica típica.

La presente serie (particularmente el caso número 6) comprueba la existencia de una condición clínicopatológica independiente^{1,18}, que puede ser definida como apendicitis crónica, por lo que se recomienda la apendicectomía en casos de dolor abdominal recurrente o crónico de la FID.^{8,11} En la era de la laparoscopia se aconseja hacer uso de esta técnica como medio diagnóstico y terapéutico^{13,21} y además tratar otras condiciones que aliviarían al paciente de un dolor crónico.³¹

Agradecimientos:

Dr. Jorge Piza Escalante, Dr. Jorge Chinchilla Garro

Abstract

For many years it has been taught in medical schools and surgery textbooks that appendicitis is exclusively an acute process. Although not all the cases of right lower quadrant pain are so clear to diagnose acute appendicitis, in a certain percentage of those cases we proceeded with appendectomy and the histopathological findings showed chronic inflammation.

In the present communication, I present a retrospective analysis of 6 cases. The first 5 were operated with a preoperative diagnosis of acute appendicitis, and the last one with a preoperative diagnosis of chronic appendicitis.

These cases were collected over 8 years at the former Hospital Clínica Católica. The frequency was 5% of the total cases of appendectomy performed by the author, 67% were males and 33% were females, with an average preoperative course of 64 days. Right lower quadrant pain was present in 83% and all the cases had a positive biopsy for chronic inflammation and fibrosis. One 100% were asymptomatic after surgery. Special attention should be paid to case number 6 who had 3 consultations for recurrent right lower pain during the last year an ultra sound was consistent with chronic appendicitis. I made the diagnosis pre-operatively and operated on him electively. The biopsy was also positive for chronic inflammation.

Because of that I concluded that chronic appendicitis is a real entity and recommend surgery (open or laparoscopic) in those patients with chronic or recurrent pain in the right lower abdominal quadrant

Referencias

1. Mattei P, Sala J.E, Yeo CJ. Chronic and recurrent apendicitis are uncommon entities often misdiagnosed. *J of Am C of S.* 1994; 178: 385-89.
2. Wells S.A, Jr. Appendicitis. *Current Probl Surg.* October 2005; 42:687-741.
3. Storer E.H. Appendix: in principles of surgery. Edited by Scharzt S.I, 7th ed. MacGrow-Hill, New York 2000:1257-1267.
4. Sinanan MN. Acute abdomen and appendicitis: in surgery, scientific principles and practice. Edited by Greenfield L.J. J.B. Lippincott Co Philadelphia 1993: 1120-1142.
5. Condon R.E, Telford GL. Appendicitis. In textbook of Surgery. The biological basis of modern surgical practice. Edited by Sabinston, Jr. 14th ed. W.B. Saunders. Philadelphia 1991:884-898.
6. Falk S. Schutze U, Guth H, Slutte D. Chronic recurrent appendicitis. *Pediatr Surg.* 1991; 1:277-281.
7. Talbet J.L, Zuidema GD. Appendicitis: a reappraisal of an old problem. *Surg Clin Nort Am* 1966; 46:1101-12.
8. Leardi S, Delmonaco S, Ventura T, Chiominto A, DeRubeis G, Simi M. Recurrent abdominal pain and appendicitis. *Minerva Chir* 2000;55:39-44.
9. Homer MJ, Braver JM. Recurrent apendicitis: re-examination a controversial disease. *Gastrointest Radiol.* 1979; 4:295-301.
10. Crabbe M.M, Norwood SH, Robertson HD, Silva JS. Recurrent an chronic appendicitis. *Surg Gynecol Obstet* 1986;163:11-13.
11. Paredes E, Salas JM, Ocaña BE. Indicación de la apendicectomía en el dolor abdominal recidivante. *Cir Pediat.* 2004;17:65-69.
12. Petras R.E. Nonneoplastic intestinal diseases. Edited By Sernberg SS. *Diagnostic Surgical Pathology*, 3erd edition. Williams & Williams, Philadelphia, 1999; 1394-95.
13. Onders RP, Mittendorf EA. Utility of laparoscopy in chronic abdominal pain. *Surgery.* 2003; 134:549-52.
14. Shaoul R, Rimar Y, Mogilner J, Polk R, Jaffe M. Chron and recurrent appendicitis. A case report. *World J Gastroenterol* 2005;21:6891-93.
15. Rao PM, Rhea JT, Novelline R.A, McCabe CJ. The computed tomography appearance of recurrent appendicitis. *Am J Emerg Med.* 1995;16:16-33.
16. Carnett JB, Boles RS. Fallacies concerning chronic appendicitis. *JAMA* 1927; 91:1679-83.
17. Barber MD, McLaren J, Riney JP. Recurrent appendicitis. *Br J Surg.* 1997;84:110-112.
18. Lewis FR, Holcroft JW, Boey J, Dumphy JE. Appendicitis: acritical review of diagnosis and treatment in 1000 cases. *Arch Surg.* 1975; 110: 677-84.
19. Choi YH, Fischer E, Hoda SA. Appendiceal C.T. in 140 cases. *Clin Imaging.* 1998; 22:252-271.
20. Rao PM, Rhea JT, Novelline RA. Sensitivity and specificity of the individual CT signs of appendicitis. *J Comput Asset Tomogr.*1997; 21:686-692.
21. Wan Winter JT, Beyer DA, Chronic appendicitis diagnosed preoperatively as an ovarian dermoid. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2004;17: 403-406.
22. Neumayer L, Kennedy A. Imagind in a apedincitis: a review with special emphasis on the treatment of women. *Obstet Gynecol.* 2003;102:1404-05.
23. Pena BM, Taylor SA, Fishman SJ, Mandl KD. Cost and effectiveness of US and limited tomography for diagnosing appendicitis in children. *Pediatrics.* 2000; 106:672-76.
24. Lane MJ, Lou DM, Huynh MD, Jeffrey RB, Mindelsun RE, Latz DS. Suspected acute appendicitis: nonenhaced helical CT in 300 ptes. *Radiology.* 1999; 213: 341-6.
25. Chai D, Lim HK, Loe WJ, Kim SH, Dimy H. The most useful findings for diagnosing acute appendicitis on contrast-enhanced helical CT. *Acute Radiol.* 2003, 44: 574-82.
26. Pelsong RE, Warneck NG. Abu-yousedf M. Diagnosis of acute appendicitis on transvaginal ultrasonography. *J Ultrasound Med.* 1994;13-723.
27. Wilson EB, Cole JC, Nipper ML, Cooney DR, Smith RW. Computed tomography and ultrasonography in the diagnosis of appendicitis. When are they indicated?. *Arch Surg* 2001; 136:670-5.
28. Fayes JA, Toy NJ, Flanagan T. The appendix as the cause of chronic lovwer abdominal pain. *Am J Obstet Gynecol.* 1995; 172:122-3.
29. Long KH, Bannon MP, Zietlow SP, Helgeson ER, Harmsen WS, Smith CD. Prospective randomized comparision of laparoscopy appendectomy with open appendectomy: clinical and economic analyses. *Surgery .*2001; 129: 390-400.
30. Erikson S, Styruud J. Interval appendicectomy a restrospective study. *Eur J Surg* 1998; 168: 771-74.
31. Klingensmith ME, Soybel DI, Brooks DC. Laparoscopy for chronic abdominal pain. *Surg Endosc.* 1996; 10:1085-7.