

---

## Apendicitis aguda después de apendicectomía

### *Acute appendicitis after appendicectomy*

**Bárbaro Agustín de-Armas-Pérez** <sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3109-7231>

<sup>1</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Hospital Universitario Amalia Simoni. Servicio de Cirugía. Camagüey, Cuba.

\*Autor para la correspondencia (email): [baap.cmw@infomed.sld.cu](mailto:baap.cmw@infomed.sld.cu)

---

Recibido: 11/08/2019

Aprobado: 09/10/2019

Ronda: 1

---

#### **ESTIMADO DIRECTOR:**

En fecha reciente transcurría una reunión médica entre cirujanos y un colega relató sobre un enfermo atendido en el Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech de Camagüey, hacía algunos años con síntomas que sugerían una apendicitis aguda (AA), sin embargo, entre sus antecedentes ya estaba apendicectomizado y mostraba una cicatriz quirúrgica tipo Mc Burney. La causa más sencilla para explicar esta posibilidad diagnóstica y que luego se confirmó, fue AA del muñón apendicular (MA) que quizás pudo haber quedado largo; no surgieron muchas posibles causas etiológicas, por tal motivo nos propusimos indagar sobre el tema y sobre las causas de síndrome peritoneal en la fosa iliaca derecha relacionadas al apéndice cecal en un varón operado antes de AA; esto se corresponde con el objetivo de esta carta.

En 1554 el médico francés Jean Francois Fernel, ofreció la primera descripción de AA en el cadáver; su coterráneo Françoise Melier en 1827 propuso remover el órgano en tal enfermedad más fue ignorado durante mucho tiempo; en 1880 Robert Lawson Tait quizás el líder de los cirujanos ingleses de su época, realizó y luego describió por vez primera la apendicectomía que se haría clásica, en un joven de 17 años que logra sobrevivir; <sup>(1)</sup> pero el primer reporte de AA del MA conocido se debe a Rose TF en Australia 1945. <sup>(2)</sup>

Por otra parte, Picoli G en Italia 1892, fue el primero que describe la duplicación apendicular (DA) en una mujer que, además, tenía duplicaciones del colon, vejiga, genitales internos y externos y que es invocado como causa de AA en pacientes ya operados con extirpación del apéndice cecal. <sup>(3)</sup>

A nivel nacional y en el año 2012 Taquechel Barreto F et al. (4) en su trabajo sobre DA señalan que Aitkens AB, en el 1912 reportó un caso de duplicación del ciego con un apéndice en cada espacio; exponen, además, que en 1932 Berthold F, encuentra DA al operar una mujer con íleo mecánico ileal; un año después Pratt HN, describe la DA en un neonato el cual falleció por otra causa y, Caves AJE, 1936 hace una excelente revisión y clasificación sobre este tema y una extensa disertación para aquel momento.

La AA en paciente con apendicectomía previa es una enfermedad infrecuente y excepcional, Liang MK et al. (5) en el año 2006 encuentran 36 casos reportados en lengua inglesa y con un rango de tiempo en relación a la cirugía inicial entre dos meses y 50 años. Algunos consideran que el auge y desarrollo de la cirugía video asistida incrementará la aparición ya que el muñón puede quedar más largo, otros no dan crédito a tal afirmación; entre las causales o factores de riesgo que pueden incrementar la aparición de AA en el operado sin apéndice cecal están: apendicectomía incompleta o apéndice residual; no identificar y/o definir bien la unión del apéndice con el ciego; todo lo relacionado al manejo del MA y, por último, la DA con sus tres variantes reportado por Biermann R et al. en Alemania 1993 según Truty MJ et al. (6) a saber:

- a) DA incompleta con ambos apéndices localizados en una misma base común;
- b) DA completa con un apéndice localizado normalmente y el otro elevado en cualquier parte y por último,
- c) una duplicación completa del ciego dando origen a dos apéndices. Para explicar estas anomalías y su génesis se invocan varias hipótesis, la más aceptada es la anomalía de desarrollo del intestino embrionario dando lugar a divertículo, quiste o gemelización del segmento intestinal; aunque hay factores ambientales como el trauma, hipoxia, contaminantes y otros, que al inicio del desarrollo fetal pudieran jugar un rol importante. (3,4)

En un reporte antes citado del 2016, Álvarez RD et al. (3) se refieren a la clasificación resumida de Cave (1936) y Wallbridge (la modifica en 1963) en cuatro tipos y que se considera útil en los pacientes con DA y AA, veamos; A. Parcial con ambos apéndices compartiendo una misma base. B. Completa, que se subdivide en relación a la posición que adopta el segundo apéndice con respecto a aquel de implantación normal en: B-1, contra lateral al apéndice normal sobre la válvula íleo cecal. B-2, el segundo apéndice está en una de las tenias o cintillas del colon. B-3, a lo largo de esta tenia, en el ángulo hepático del colon. B-4, a lo largo de la tenia, pero en el ángulo esplénico del colon. C. Duplicación de ciego con apéndice independiente. D. Apéndice en herradura.

La DA tiene una muy baja incidencia en el orden del 0,004 a 0,009 % según un estudio en 50 000 piezas quirúrgicas donde solamente fueron demostradas dos duplicaciones. La literatura médica solo ha reportado 80 casos. Por lo común es un hallazgo en el adulto sin precisar preferencia en cuanto a género y que debe ser reconocida y diagnosticada y, cuando aparece un segundo apéndice inflamado o no, deberá ser extirpado ya que puede tener repercusión clínica e incluso implicaciones de tipo médico legal. (4,6,7)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blanco Rengel C. Apendicitis Aguda. Su evolución en la historia. Rev Sociedad Venez Historia Med [Internet]. 2016 [citado 28 Jul 2020];65(2):119-44. Disponible en: <https://revista.svhm.org.ve/ediciones/2016/2/art-14/>.
2. González Chávez MA, Díaz Girón Gidi A, González Hermsillo Camejo D, Vélez Pérez FM, Villegas Tovar E, Faes Peterson R, et al. Apendicitis del muñón apendicular. La apendicitis del apendicectomizado. MedSur [Internet]. 2015 [citado 28 Jul 2020];22(3):150-2. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67261>
3. Álvarez RD, Rodríguez AO, Echeverry LE. Presentación de caso. Caso inusual de duplicación apendicular complicado con apendicitis. Rev Colomb Cir [Internet]. 2016 [citado 28 Jul 2020];31(2):136-9. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/270>
4. Taquechel Barreto F, Cruz Alonso JR, Pérez Blanco D, Sisely Reyes D, Durades Casanova A. Duplicación apendicular. Rev Cub Cir [Internet]. 2011 [citado 28 Jul 2020];50(3):348-352. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932011000300012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000300012&lng=es)
5. Liang MK, Lo HG, Markg JL. Stump appendicitis. A comprehensive review of literature. Am Surg [Internet]. 2006 [citado 28 Jul 2020];72(2):162-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16536249/>.
6. Truty MJ, Stulak JM, Utter PA, Salberg JJ, Degnim AC. Appendicitis after appendectomy. Arch Surgery [Internet]. 2008 [citado 28 Jul 2020];143(4):413-5. Disponible en: <https://mayoclinic.pure.elsevier.com/en/publications/appendicitis-after-appendectomy>
7. Grez M, Tepper P, Lahsen JP. Segunda apendicectomía por duplicación apendicular. Rev Chil Cir [Internet]. 2016 [citado 28 Jul 2020];68(3):254-7. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262016000300011&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262016000300011&lng=es)

## CONFLICTOS DE INTERESES

El autor declara que no existen conflictos de intereses.