



DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i5.3185

Apendicitis aguda por apendicolito gigante reporte de caso

Javier Adolfo Serrano Joerger

jaadsejo@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-4717-5516>

Cirujano General Clínica Bucaramanga

Franklin Ivan Velasco Martinez

medicogruposanitas@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8460-5338>

Médico General de Urgencias Clínica Bucaramanga

Didier Karina Vera Quintero

kary_1_2_3@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2955-5328>

Medica General Servicio de Hospitalización Clínica Bucaramanga

Afiliación institucional del equipo de investigación

Bucaramanga – Venezuela

RESUMEN

La obstrucción del lumen apendicular secundaria a fecalitos es la teoría más ampliamente aceptada desde principios del siglo xx, la mayoría de los mismos no sobrepasa los 10 mm y es curioso que puedan ocupar un espacio tan reducido dentro de una apéndice que se comporta como un cilindro estrecho de punta ciega, a continuación presentamos un caso clínico de apendicitis aguda retrocecal por apendicolito gigante (mayor de 20mm) de curs clínico larvado y con síntomas predominantemente urinarios, sin respuesta inflamatoria pero con hallazgo en salas de cirugía de perforación y gangrena.

Palabras clave: Apendicitis; Cirugía; Clínico

Correspondencia: medicogruposanitas@gmail.com

Artículo recibido: 10 de agosto 2022. Aceptado para publicación: 15 septiembre 2022.

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

Todo el contenido de **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, publicados en este sitio están disponibles bajo

Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 

Como citar: Serrano Joerger, J. A., Velasco Martinez, F. I., & Vera Quintero, D. K. (2022). Apendicitis aguda por apendicolito gigante reporte de caso. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(5), 1682-1690.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i5.3185

Acute appendicitis due to giant appendicolites case report

ABSTRACT

The obstruction of the appendicular lumen secondary to fecaliths is the most widely accepted theory since the beginning of the 20th century, most of them do not exceed 10 mm and it is curious that they can occupy such a small space within an appendix that it behaves like a cylinder narrow blind tip, we present below a clinical case of acute retrocecal appendicitis due to giant appendicolith (greater than 20mm) of latent clinical course and with predominantly urinary symptoms, without inflammatory response but with perforation and gangrene found in surgery rooms.

Keywords: *Appendicitis; Surgery; Clinical*

INTRODUCCIÓN

Ingresa al servicio de urgencias un joven de 19 años de edad con cuadro clínico de cuatro días de evolución dado por dolor intenso en el flanco y la fosa iliaca derecha de tipo cólico irradiado ocasionalmente a la región lumbar, asociado a náuseas hiporexia disuria incipiente, exacerbado al subir escaleras o caminar, manejado con AINES y otros analgésicos sin mejoría clínica, a su ingreso estable desde el punto de vista hemodinámico y afebril con dolor a la palpación superficial en la fosa iliaca y el flanco derechos y puño percusión lumbar positiva ipsilateral, se consideró crisis renoureteral o proceso apendicular de presentación atípica, se enviaron paraclínicos que no mostraban respuesta leucocitaria pero si elevación discreta de la creatinina con micro hematuria, se le dejó antiespasmódico y se indicó uro tomografía la cual evidencio una calcificación fuera del uréte pero al interior de la apéndice cecal fig 1 , fue llevado a salas de cirugía donde realizan laparotomía con hallazgo macroscópico de apendicitis en estadio III (gangrenada y microperforada con apendicolito en la punta de 2cm) fig 2

ESTUDIO HISTOPATOLOGICO

Descripción macroscópica: Se recibe frasco rotulado (apéndice cecal) en formol que mide 7 cm de longitud con diámetro máximo en la punta que mide 2,2 cm la superficie externa muestra membranas purulentas al corte se observa pared de 0.4 cm fecalito presente en la punta rodeado por tejido desvitalizado y emplastrado se procesan cortes representativos en bloques 1 y 2.

Descripción microscópica: se muestra pared del apéndice cecal en la que se reconoce congestión vascular focos de hemorragia y severo infiltrado inflamatorio polimorfonuclear neutrófilo asociado a necrosis licuefactiva transmural no se observan microorganismos ni malignidad

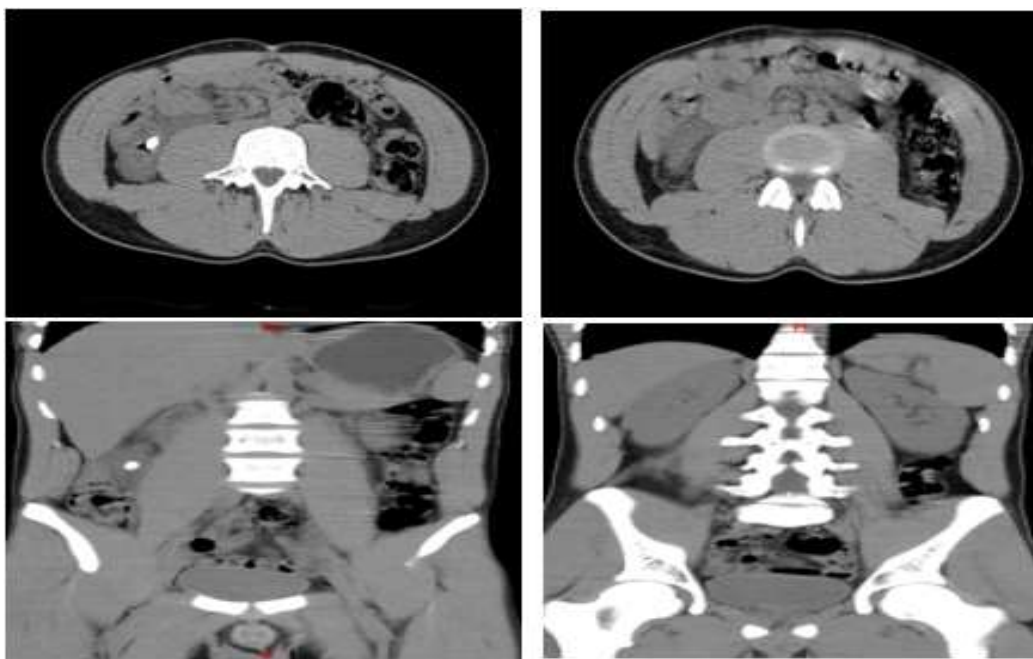


Figura 1 Se realizaron multi cortes de 5 mm de espesor sobre el abdomen total, sin administración de medios de contraste, con reconstrucciones sagitales y coronales, observando: El hígado, páncreas y bazo son de tamaño y densidad normal, no presentan lesiones parenquimatosas. No hay dilatación de la vía biliar intra ni extra hepática, la vesícula no presenta cálculos hiperdensos en su interior. El riñón derecho es de tamaño y densidad normal, no presenta lesiones parenquimatosas. No hay cálculos hiperdensos ni dilatación pielocalicial.

El uréter derecho es de calibre normal. El riñón izquierdo es de tamaño y densidad normal, no presenta lesiones parenquimatosas. No hay cálculos hiperdensos ni dilatación pielocalicial. El uréter izquierdo es de calibre normal. En la vejiga no se aprecian alteraciones. Se aprecia una calcificación de 609 UH que mide 12x9 mm en axial que se localiza por debajo del polo inferior del riñón derecho, al parecer independiente del uréter derecho, tiene líquido a su alrededor con densidad de 16-18 UH y aire, probablemente localizada en un asa intestinal (¿apéndice?). A nivel de pelvis menor no hay masas ni líquido libre. La aorta y sus ramas son de calibre normal. No hay adenopatías retroperitoneales. **ANALISIS:** Urotac dentro de lo normal. Calcificación que se proyecta por debajo del polo inferior del riñón derecho, probablemente en un asa intestinal. (¿apéndice?).



Figura 2: hallazgo macroscópico de apendicitis en estado III (gangrenada y microperforada con apendicolito en la punta de 2cm)

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las calificaciones intraluminales en el apéndice son un hallazgo relativamente frecuente y por lo general tienen diámetro menor a 1 cm y en casos raros llegan a dos cm o más recibiendo el nombre de apendicolitos gigantes que se relacionan con mayor tasa de perforación; los fecalitos resultan de la mezcla entre materia fecal con sales inorgánicas y puede visualizarse mediante ecografía radiografía y tac de abdomen que no requiere contraste y podría ser el gold estándar para su diagnóstico la dieta baja en fibra y agua provoca heces duras con formación de fecalitos que obstruyen la luz intestinal. la apendicitis presenta una mayor incidencia en las Américas, islas británicas, Australia, nueva Zelanda y entre los sudafricanos blancos; pero es rara en la mayor parte del Asia, África central y entre los esquimales, sin embargo, cuando los habitantes de estas zonas migran hacia el mundo occidental o adoptan su dieta, la apendicitis se hace más prevalente lo que sugiere que su distribución está determinada por el medio ambiente más que por la genética. La apendicitis aguda continúa siendo la principal causa de abdomen quirúrgico; y se dice que una persona tiene riesgo de al menos un 6-7 % de padecerla con un pico de mayor incidencia en la segunda y tercera década de la vida.

Respecto a los apendicolitos parecen ser un hallazgo constante y de acuerdo al estudio realizado por Daniel Ranieri y cols en el 2021 se encontró una prevalencia de apendicolitos en un 40 % en pacientes con apendicitis, en comparación con poco más del 4 % de los que no tenían ese diagnóstico, a su vez la presencia de dichas calcificaciones derivó en más riesgo de perforación y absceso

A principios del siglo xx se demostró que la obstrucción de la luz intestinal produce apendicitis, Y que la producción de moco en este segmento del intestino como en el resto de la mucosa es constante: estructuralmente el apéndice es un cilindro cónico en la infancia que se alarga en la etapa adulta y cuya capacidad de almacenamiento es de 0.1 cc, la presencia de cuerpos extraños genera un aumento de presión que alcanza los 50-65 mmhg; cuando llega a 85 mmhg la presión venosa es expulsa lo que desemboca en trombosis de la vena apendicular con una gangrena inevitable

CONCLUSIONES

los síntomas de apendicitis por apendicolito gigante son indistinguibles de las formas habituales de presentación; y es la ubicación y la orientación apendicular la que define las características del dolor y los síntomas asociados, por ejemplo en apendicitis retrocecal alta, hay lumbago con disuria y el análisis de orina puede presentar leucocituria en ausencia de una infección urinaria, resulta por tanto muy valioso tener una alta sospecha clínica y en caso de visualizar calcificaciones por fuera del sistema urinario proceder de inmediato Siendo el cirujano quien definirá la conducta.

LISTA DE REFERENCIAS

Case of a Giant Appendicolith Cherisse A Rampersad 1, Fidel S Rampersad 2, Parasram R Ramraj 3, Vimal V Seetahal 4 Affiliations expand

PMID: 35340490 PMCID: PMC8912172 DOI: 10.7759/cureus.22034

Free PMC article Appendicoliths, the little giants: A narrative review. Babington EA.

Radiography (Lond). 2022 Sep 27;29(1):1-7. doi: 10.1016/j.radi.2022.09.006. Online ahead of print. PMID: 36179409 Review.

Prevalence of Appendicoliths Detected at CT in Adults With Suspected Appendicitis.

Ranieri DM, Enzerra MD, Pickhardt PJ. AJR Am J Roentgenol. 2021 Mar;216(3):677-682. doi: 10.2214/AJR.20.23149. Epub 2021 Jan 21.

PMID: 33474985

baker dj morris j nelson m; vegetable consumption and acute appendicitis in 59 areas in england and wales *bmj* 1986 ; 292 : 927-30

boley sj agrawall gp warren ar veitrh fj levowitz bs treiber w patofisiologics effects in bowel distention on intestinal blood flow *am j surgery* 1969; 117: 228-34.

williamson wa, bush rd, williams lf jr. *am j surg.* 1981 apr;141(4):507-9. doi: 10.1016/0002-9610(81)90149-5.

pmid: 7223938.

a rare case: retrocecal appendicitis adherent to the liver capsule. börekçi h, karacabey s, sipahi m, özdemir zt, erkoç mf. *turk j surg.* 2015 jul 14;33(3):227-229. doi: 0.5152/ucd.2015.2963. ecollection 2017. pmid: 28944342 free pmc article
definicion

Appendicolith: an explicit factor leading to complicated appendicitis in childhood.

Wang N, Lin X, Zhang S, Shen W, Wu X. *Arch Argent Pediatr.* 2020 Apr;118(2):102-108. doi: 10.5546/aap.2020.eng.102. PMID: 32199044 Free article.

Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. Bhangu A, Søreide K, Di Saverio S, Assarsson JH, Drake FT. *Lancet.* 2015 Sep 26;386(10000):1278-1287. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00275-5. PMID: 26460662
Review

Diagnosis and Management of Acute Appendicitis in Adults: A Review.

Moris D, Paulson EK, Pappas TN. *JAMA.* 2021 Dec 14;326(22):2299-2311. doi: 10.1001/jama.2021.20502. PMID: 34905026

Imaging of appendicitis in adults. Karul M, Berliner C, Keller S, Tsui TY, Yamamura J. *Rofo.* 2014 Jun;186(6):551-8. doi: 10.1055/s-0034-1366074. Epub 2014 Apr 23. PMID: 24760428 Free article. Review.

Appendicitis Aguda Drs. Pedro Wong Pujada, Pedro Morón Antonio, Carlos Espino Vega, Jaime Arévalo Torres, Raúl Villaseca Carrasco
sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_11_Apendicitis%20aguda.htm

Appendicolith on Ultrasound Is Predictive of Complicated Appendicitis in Children.

Zouari M, Ameer HB, Krichen E, Kraiem N, Dhaou MB, Mhiri R. *Pediatr Emerg Care*. 2022 Oct 1;38(10):e1650-e1651. doi: 10.1097/PEC.0000000000002764. Epub 2022 May 24. PMID: 35608534

Pieper R, Kager L. The incidence of acute appendicitis and appendicectomy: an epidemiological study of 971 cases. *Acta Chir Scand* 1982; 148: 45.

Thomas WEG, Volwles KDJ et al. Appendicitis in external herniae. *Ann R Coll Surg Engl* 1982; 64: 121.

Shaw RE. Appendix calculi and acute appendicitis. *Br J Surg* 1965; 52: 451.

Ellis H. Diagnosis of the acute abdomen *Br Med J* 1968; 1: 491.

Smith PH. The diagnosis of appendicitis. *Postgrad Med J* 1965; 41: 2.

Blakely ML, Spurbeck W, Lobe TE. Current status of laparoscopic appendectomy in children. *Semin Pediatr Surg* 1998; 7: 225-7.

Rao PM, Rhea JT, Novelline RA, Mostafavi AA, McCabe CH. Effect of computed tomography of the appendix on treatment of patients and use of hospital resources. *N Engl J Med* 1998; 338: 141.