

¿TUMOR DE COLON? ... NO ... APENDICITIS RETROCECAL

Augusto Vera Calderón*, Jorge Orrego Peche**, Simón Yriberry Ureña***, Alejandro Yabar****.

RESUMEN

La apendicitis es reconocida como una de las causas más comunes de abdomen agudo. Una buena anamnesis y un buen examen físico es casi diagnóstico cuando el cuadro se presenta en forma típica. Los casos atípicos pueden estar relacionados a la edad, la localización, o la presencia de condiciones asociadas tales como el embarazo o el estado de inmunidad; y son realmente difíciles de diagnosticar.

Se presenta el caso de una paciente mujer de 28 años de edad, que ingresa con un cuadro de dolor abdominal a predominio de epigastrio con irradiación a HCD y flanco derecho, a quien se le realizó un estudio colonoscópico donde se evidenció una lesión de aspecto tumoral.

SUMMARY

Apendicitis is recognized as a common cause of acute abdomen. An adequate interrogatory and physical examination is almost diagnostic in typical presentation. Atypical presentation are related to age, localization and presence of associated conditions as pregnancy or immune disorders, and sometimes are difficult to diagnose.

We present a case of a 28 years female with abdominal pain, with presentation mainly in right upper quadrant. Examinations performed including a colonoscopic examination showed a tumoral cecal lesion.

REPORTE DEL CASO

Se presenta el caso de una mujer de 28 años, soltera, con antecedentes de gastritis erosiva en tratamiento con omeprazol 20mg 1 tab. al día. Ingresó al servicio de emergencia con un tiempo de enfermedad de 5 días, caracterizado por dolor abdominal de tipo cólico en región de epigastrio, persistente, irradiado a hipocondrio derecho y región lumbar derecha, deposiciones diarreicas s/m s/s que se autolimitan en un día. Se automedica con Plidan compuesto con lo que cedía parcialmente el dolor. El último día se agrega sensación de alza térmica no cuantificada y náusea por lo que acude al hospital.

Examen físico se encuentra un paciente hemodinámicamente estable, leve palidez de piel y mucosas, el abdomen era blando depresible doloroso a la palpación profunda en flanco derecho, RHA presentes y disminuidos en frecuencia. PPL derecha positiva.

* Médico residente del departamento de aparato digestivo. HNERM

** Médico residente del departamento de cirugía. HNERM

*** Médico asistente del departamento de aparato digestivo. HNERM

**** Médico asistente del departamento de anatomía patológica. HNERM

Exámenes auxiliares demostraron: L: 13,200 Ab:0% S:80% Hb:12.8 g/dl Hto:37% VCM:86 HCM:29 Pla:365,000 CEA:0.73, los perfiles hepático, bioquímico, de coagulación y electrolitos fueron normales.

Estudios por imágenes revelaron: Rx de Abdomen: presencia de imagen ovalada de densidad mixta que se proyecta en la región del flanco derecho, que en la lateral impresiona retroperitoneal de aproximadamente 15mm. Ecografía. Abdominal: imagen refringente de evaluación dudosa proyectada en la unión del flanco e HCD, moderada distensión de asas intestinales, evaluar patología apendicular retrocecal. TAC Abdominal: imagen de densidad calcica proyectada en el ciego, el cual muestra paredes engrosadas de aspecto inflamatorio, no líquido libre en cavidad. Rx de colon a doble contraste: muestra sólo en dos proyecciones leve estenosis con irregularidad de la mucosa y signos de extravasación del contraste que afecta el segmento distal del colon ascendente con relación a probable neoplasia maligna.

Estudios Endoscópicos

Colonoscopia: se progresa hasta región cecal observándose a nivel de la unión del tercio proximal y tercio medio de colon ascendente lesión tumoral proliferativa, ulcerada e infiltrativa, que toma la mitad de la luz, dura a la toma de biopsia, resto de la mucosa observada de aspecto normal.

El resultado de la biopsia: se observa fondo de ulcera con tejido de granulación y en un fragmento compromiso de fibrosis, inflamación crónica y trombosis vascular que está localizada en la submucosa. Colitis crónica con edema y congestión en otros fragmentos de biopsia remitida.

Se realiza un segundo estudio colonoscópico y nueva biopsia ante la sospecha de neoplasia maligna de colon, pero los reportes endoscópicos y de biopsia son similares; por lo cual se decide en junta médica realizar laparotomía exploradora.

Reporte Operatorio

Apéndice retrocecal, retroperitoneal de aproximadamente 13 cm de longitud, aplastrado con múltiples adherencias a vesícula, hígado y epiplon, hacia pared posterior, ganglios retroperitoneales normales, hígado normal, se identifica ganglio calcificado en asas delgadas.

La anatomía patológica de la pieza quirúrgica informa: apéndice cecal con solución de continuidad en tercio distal, reacción inflamatoria crónica pseudotumoral que compromete tercio distal y tejido graso periapendicular, además reacción granulomatosa con células gigantes tipo cuerpo extraño, coprolito intraluminal impactado.

Fig 3: Punción percutánea de colección (bilis) y colocación de dren Malecot.



Fotografías 1 y 2. Se observa en el tercio distal, reacción inflamatoria crónica pseudotumoral que compromete tejido graso peri apendicular. Además coprolito intraluminal impactado.

DISCUSIÓN

Las apendicitis de presentación atípica nos pueden ofrecer una variedad de síntomas y signos que hacen difícil su diagnóstico, y esta variedad también se puede reflejar en los exámenes de laboratorio y por imágenes, lo cual nos puede desorientar hacia otras patologías, inclusive dando cuadros sub oclusivos o pseudotumorales.

En la apendicitis retrocecal, el apéndice permanece resguardado de la pared abdominal anterior por el ciego y el ileon subyacente (1), no llegando a estar en contacto con el peritoneo parietal anterior, variando la localización e intensidad del dolor, la frecuencia del apéndice retrocecal en los casos de apendicitis llega hasta el 65% en algunos reportes (2).

El mecanismo fisiopatológico de la apendicitis es la obstrucción del lumen apendicular ya sea por hiperplasia folicular linfoidea iniciada o exacerbada por infecciones bacterianas, virales o parasitarias; o por la presencia de fibrosis, coprolitos o tumores. Después de las 24 horas de iniciado los síntomas, muchos pacientes (aproximadamente el 90%), tiene sólo inflamación y a veces necrosis, pero no perforación. Pero se han reportado que hasta un 65% de pacientes con apendicitis perforada tuvieron síntomas por un periodo mayor de 48 horas (3).

La radiografía de abdomen generalmente no es de ayuda, pero algunos de los signos que están asociados a apendicitis aguda son: la presencia de un coprolito en el cuadrante inferior derecho, ileo localizado en el cuadrante inferior derecho, pérdida de la sombra del psoas derecho, aire o deformidad en la región cecal.

La ultrasonografía ha sido usada exitosamente en el diagnóstico de apendicitis aguda (4), y los hallazgos consisten en la presencia de una estructura tubular que

no se comprime fácilmente, en la base de un ceco con paredes engrosadas (> 2mm), distensión del lumen apendicular > 6mm y liquido libre en la cavidad (5). Pero debemos tener en cuenta que este examen es muy subjetivo y operador dependiente, donde importa mucho la experiencia del radiólogo.

En cuanto a la tomografía, la evaluación es de dos formas: mediante TAC abdominal convencional en donde observaremos: pared engrosada > 2mm, coprolitos, flemones, abscesos, engrosamiento concéntrico de la pared inflamada del apéndice, liquido libre. La sensibilidad y especificidad de este método es del 95 a 98% y del 83 a 93% respectivamente (6). O mediante TAC abdominal con contraste por vía rectal en la cual se describe hasta un 98% de exactitud (7).

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Marvin H. Sleisenger, Theodore R. Schrock; Enfermedades gastrointestinales y hepáticas; 6ta. Edición, tomoII, Ed. Médica Panamericana; 2000
- 2.- Addiss, DG; Shaffer, N; Fowler, BS; Tauxe, RV; The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United State; Am. J. Epidemiol., 1990; 132:910
- 3.- Hale, DA; Jaques, DP; et al; Appendectomy, improving care through quality improvement; Arch. Surg. 1997; 132:153
- 4.- Carrico, CW; Fenton, LZ; Taylor, GA; et al.; Impact of sonography on the diagnosis and treatment of acute lower abdominal pain in children and young adults; Am. J. Roentgenol 1990; 172:513
- 5.- Jeffrey, RB; Laing, FC; Townsend, RR; Acute appendicitis: sonographic criteria based on 250 cases; Radiology 1988; 167:327
- 6.- Siewert, B; Raptopoulos, V; CT of the acute abdominal findings and impact on diagnosis and treatment; Am. J. Roentgenol 1994; 163:1317
- 7.- Rao, PM; Rhea, JT; Novelline, RA; et al; Effect of CT of the appendix on treatment of patients and use of hospital resources; Engl. J. Med. 1998; 338:141