



Para citaciones: Aguancha Segebre, I., Araneda Muñoz, G., Ceriani Bravo, A., Arrieta Pérez, G., Vega Stieb, J., & Palma Carvajal, F. (2021). Diagnóstico incidental de apendicitis aguda por colonoscopia, reporte de un caso. *Revista Ciencias Biomédicas*, 10(4), 288-293.
<https://doi.org/10.32997/rcb-2021-3673>

Recibido: 1 de junio de 2021

Aprobado: 16 de septiembre de 2021

Autor de correspondencia:

Iván Aguancha Segebre
ivanaguancha@msn.com





Editor: Inés Benedetti. Universidad de Cartagena-Colombia.

Copyright: © 2021. Aguancha Segebre, I., Araneda Muñoz, G., Ceriani Bravo, A., Arrieta Pérez, G., Vega Stieb, J., & Palma Carvajal, F. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/> la cual permite el uso sin restricciones, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre y cuando el original, el autor y la fuente sean acreditados.



Diagnóstico incidental de apendicitis aguda por colonoscopia, reporte de un caso

Incidental diagnosis of acute appendicitis by colonoscopy, case report

Iván Aguancha Segebre¹ , Gonzalo Araneda Muñoz², Alejandro Ceriani Bravo² , Gabriel Antonio Arrieta-Pérez³ , Jorge Vega Stieb² & Francisco Palma Carvajal² 

¹ Servicio de Gastroenterología, Clínica Ciudad del Mar, Viña del Mar, Chile.

² Servicio de Medicina interna, Hospital Naval A. Nef, Viña del Mar, Chile.

³ Pregrado, Facultad de Medicina, Grupo de Investigación Histopatología, Universidad de Cartagena, Colombia.

RESUMEN

Introducción: la apendicitis aguda es una de las causas más comunes de abdomen agudo y una de las indicaciones más frecuentes de cirugía abdominal de urgencia. Se presenta con mayor frecuencia entre la segunda y tercera década de la vida, siendo más alta en el grupo etario entre los 10-19 años. Se presenta un caso de un paciente al cual se le diagnosticó de forma incidental una apendicitis aguda mediante colonoscopia, en el contexto de estudio por baja de peso.

Caso clínico: paciente masculino de 47 años, con antecedentes de hipertensión arterial, consulta por baja de peso sin síntomas específicos. Al examen físico no se encontraron alteraciones de importancia y en los exámenes clínicos no se evidenció elevación de los parámetros inflamatorios, ni anemia. Se realizó inicialmente una endoscopia digestiva alta, que fue reportada normal y posteriormente colonoscopia, que mostró fosa apendicular prominente con salida espontánea de material de aspecto purulento por orificio apendicular y diverticulosis sigmoidea. Se realizó tratamiento antibiótico y apendicectomía laparoscópica diferida, informándose en el estudio histopatológico una apendicitis aguda.

Conclusiones: la apendicitis es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo e indicación más común de cirugía abdominal de emergencia. Actualmente su diagnóstico es fundamentalmente clínico y no hay ninguna presentación clínica que prediga con precisión la presencia de la enfermedad, describiéndose en la literatura varias presentaciones atípicas. En ocasiones el diagnóstico puede especificarse mediante laparoscopia exploratoria o incluso mediante procedimientos endoscópicos, en los casos en que los exámenes clínicos no son concluyentes.

Palabras Clave: Apendicitis aguda; Colonoscopia; Abdomen agudo.

ABSTRACT

Introduction: acute appendicitis is one of the most common causes of acute abdomen and one of the most common indications of emergency abdominal surgery. It occurs most frequently between the second and third decades of life, being higher in the age group between 10-19 years. We present a case of a patient who was incidentally diagnosed with acute appendicitis through colonoscopy, in the context of a weight-loss study.

Case report: a 47-year-old male patient with a history of arterial hypertension consulted for weight loss without specific symptoms. Physical examination showed no significant alterations and clinical examinations did not reveal elevated inflammatory parameters or anemia. An upper gastrointestinal endoscopy was initially performed, which was reported normal, and later a colonoscopy was performed, which revealed a prominent appendicular fossa with spontaneous discharge of purulent material through the appendicular orifice and sigmoid diverticulosis. Antibiotic treatment and deferred laparoscopic appendectomy were performed, and the histopathological study reported acute appendicitis.

Conclusions: appendicitis is one of the most frequent causes of acute abdomen and the most common indication for emergency abdominal surgery. Currently its diagnosis is mainly clinical, and there is no clinical presentation that accurately predicts the presence of the disease, with several atypical presentations being described in the literature. Sometimes the diagnosis can be specified by exploratory laparoscopy, in cases where clinical examinations are inconclusive, or even by endoscopic procedures.

Keywords: Acute appendicitis; Colonoscopy; Acute Abdomen.

INTRODUCCIÓN

La apendicitis es una de las causas más comunes de abdomen agudo y una de las indicaciones más frecuentes de cirugía abdominal de urgencia, estimándose que el 7% de la población la padecerá en algún momento de su vida (1). Ocurre con mayor frecuencia entre la segunda y tercera década de la vida. Su incidencia mundial aproximada es de 233/100.000 habitantes, siendo más alta en el grupo etario entre los 10-19 años y con un leve predominio en los varones (1.4:1) (2).

La obstrucción apendicular se ha propuesto como el mecanismo fisiopatológico principal, aunque no siempre se identifica. Dicha obstrucción puede ser causada por fecalitos, cálculos, hiperplasia linfoide, procesos infecciosos, tumores benignos y malignos. Posterior a ello los eventos que se observan son

consecuencia del compromiso vascular y linfático, así como del sobrecrecimiento bacteriano local (3,4). Si bien el diagnóstico de la apendicitis aguda es fundamentalmente clínico, no existe una presentación clínica determinada que prediga con precisión la presencia de la enfermedad, describiéndose en la literatura diversas presentaciones atípicas (5,6). El objetivo del siguiente manuscrito es presentar el caso de un paciente al cual se le diagnosticó de forma incidental una apendicitis aguda mediante colonoscopia, en el contexto de estudio por baja de peso.

REPORTE DE CASO

Paciente de 47 años, sexo masculino, con antecedentes de hipertensión arterial tratado con Bisoprolol y Aliskiren. Consultó por baja de peso sin síntomas específicos. El examen físico fue normal.

No había anemia ni elevación de parámetros inflamatorios. Se practicó endoscopia digestiva alta, que fue normal y posteriormente colonoscopia larga, en la cual se evidenció fosa apendicular prominente con salida espontánea de material de aspecto purulento por orificio apendicular (Figura 1) y diverticulosis sigmoidea. Se introdujo una pinza de biopsia en ostium apendicular en forma repetida para drenar el material descrito, que era abundante.

Reinterrogado el paciente no refirió tener molestias ni previas ni posteriores a la colonoscopia, manteniendo un examen físico abdominal normal. Se decidió indicar antibióticos (ciprofloxacina 500 mg cada 12 horas y metronidazol 500 mg cada 8 horas) y realizar estudio complementario con scanner de abdomen y pelvis con contraste. En él se encontró solo un discreto aumento del realce parietal en relación con el apéndice cecal, sin otros hallazgos (Figura 2).



Figura 1. Imágenes colonoscópicas, la fosa apendicular se observa prominente y con salida de material purulento por orificio apendicular.

Los exámenes de laboratorio posteriores a la colonoscopia no demostraron alteraciones. Los antibióticos se administraron por 7 días. El paciente presentó una evolución sin complicaciones. La apendicectomía laparoscópica se efectuó en forma diferida a los 2 meses del diagnóstico por

colonoscopia y no tuvo complicaciones. Destacándose durante el procedimiento la visualización de un apéndice normal, sin embargo, la histopatología informó una apendicitis aguda serosa (Figura 3).

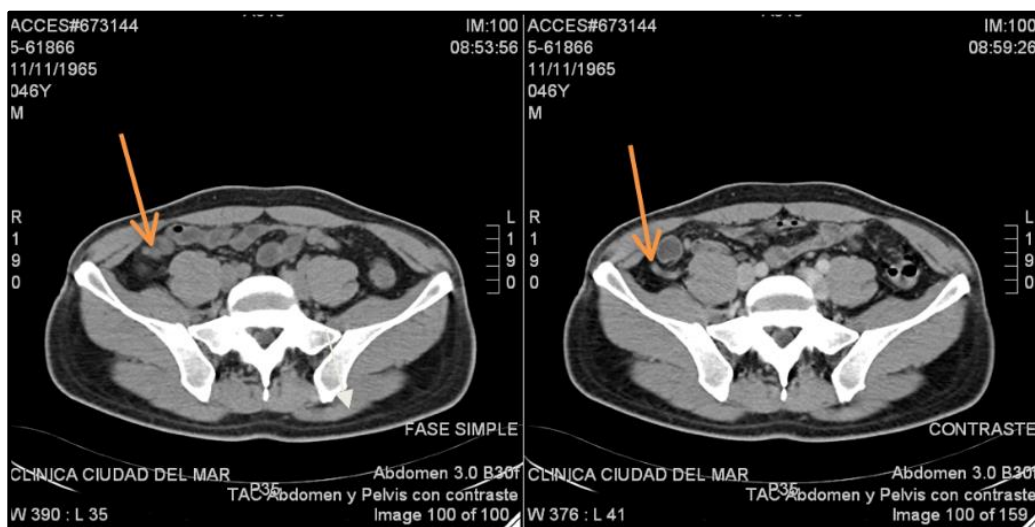


Figura 2. Imágenes de TC de abdomen y pelvis con contraste que muestran discreto realce parietal apendicular (flechas).

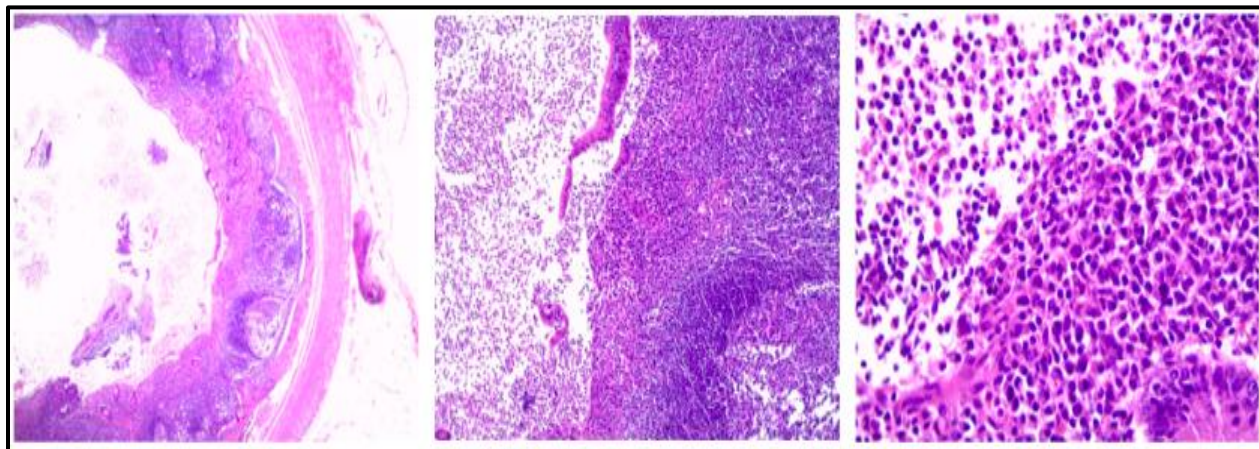


Figura 3. Imágenes histopatológicas que evidencian una apendicitis aguda: marcado infiltrado inflamatorio mediado por pnn neutrófilos y linfocitos que compromete la mucosa, submucosa y muscular externa, (HE, 10X, 40X).

DISCUSIÓN

Presentamos un caso atípico de apendicitis aguda, diagnosticada y tratada transitoriamente por colonoscopia con ausencia de signos sugerentes. El diagnóstico de apendicitis aguda actualmente se sigue basando en la historia clínica y en el examen físico, siendo apoyado por hallazgos al laboratorio y técnicas radiológicas. La presentación típica se observa en 50-60% de los pacientes. En los casos atípicos se puede apreciar diarrea, meteorismo, disuria, malestar general, etc. Estas presentaciones dependen de la posición anatómica del apéndice (7,8).

Si bien se han descrito una serie de hallazgos y signos específicos en el examen físico para orientar el diagnóstico, ninguno de ellos, tomados por separado o en conjunto, confirman en forma definitiva la presencia de una apendicitis. El laboratorio no ofrece pruebas específicas, sólo la leucocitosis está presente en cerca del 80 % de los pacientes con apendicitis aguda.

Los exámenes de imágenes utilizados para su diagnóstico son: la radiografía simple de abdomen, la ecotomografía, la tomografía computada abdomino-pélvica y la resonancia magnética. El scanner de abdomen y pelvis con contraste es el examen radiológico de mayor utilidad y además permite la posibilidad de realizar diagnósticos diferenciales, considerándose signos tomográficos

de apendicitis aguda un apéndice dilatado, ocluido, con lumen de diámetro mayor a 6 mm; un engrosamiento de la pared apendicular mayor a 2 mm; edema del tejido graso vecino; la presencia de apendicolito; engrosamiento focal del apéndice y signos de complicación como colecciones líquidas, plastrón o peritonitis (9-12).

Por otra parte, el diagnóstico de apendicitis aguda reviste mayor dificultad en los niños menores de 3 años, mujeres en edad fértil, adultos mayores de 60 años y mujeres que cursan el 2º o 3º trimestre del embarazo. Por ello, con el fin de disminuir los costos económicos y las complicaciones de la cirugía en pacientes sin apendicitis, se han propuesto y estandarizado diversos scores, considerando variables clínicas y de laboratorio, para poder orientar y guiar en el diagnóstico de apendicitis aguda. El Score de Alvarado es el más utilizado, con una sensibilidad del 87 % y especificidad del 94 % en series nacionales (13,14,15).

Ocasionalmente el diagnóstico puede ser precisado mediante laparoscopia exploratoria, en casos en que los exámenes descritos no fueron concluyentes o incluso mediante procedimientos endoscópicos, como fue nuestro caso. En los hallazgos endoscópicos descritos en la literatura están mencionadas las alteraciones inflamatorias de la mucosa, papila apendicular prominente y secreción purulenta por el ostium apendicular (16,17).

Actualmente el enfoque terapéutico de la apendicitis aguda sigue siendo quirúrgico, pero este puede variar dependiendo del riesgo del paciente (18). En la literatura se ha reportado el uso de drenaje endoscópico del material purulento apendicular, como una posible alternativa de manejo conservador y evitar la cirugía (19,20), por lo que queda a criterio del médico tratante la conducta a seguir en los pacientes que son diagnosticados de forma incidental de apendicitis aguda cuando esta se presenta de forma atípica (19).

En este reporte, nuestro paciente constituye un caso excepcional al no presentar ningún síntoma previo al diagnóstico, pues no son muchos los casos reportados en la literatura, y su manejo sigue siendo controversial (21). El papel diagnóstico y terapéutico de la colonoscopia en estos pacientes puede llegar a ser útil (22).

CONCLUSIONES

La apendicitis aguda es la causa más común de dolor abdominal agudo que requiere intervención quirúrgica. Actualmente su diagnóstico se basa en una buena historia clínica y un examen físico bien orientado, siendo estos apoyados por una correcta interpretación de los resultados de laboratorio y ayudas imagenológicas. Si bien el diagnóstico de la apendicitis aguda es fundamentalmente clínico, no existe una presentación clínica determinada que prediga con exactitud la presencia de la enfermedad, describiéndose en la literatura diversas presentaciones atípicas. En ocasiones el diagnóstico puede ser precisado mediante laparoscopia exploratoria o incluso mediante procedimientos endoscópicos, en casos en que los exámenes clínicos no son concluyentes.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES: concepción y diseño del estudio: IAS, GAM, ACB, JVS, FPC; recolección análisis e interpretación de datos IAS, GAM, ACB, JVS, FPC; redacción del borrador del artículo: IAS, GAM, ACB, JVS, FPC, GAP; revisión crítica y aprobación de versión final IAS, GAM, ACB, JVS, FPC, GAP; responsable de

la veracidad e integridad del artículo: IAS, GAM, ACB, JVS, FPC, GAP.

CONFLICTOS DE INTERÉS: ninguno que declarar.

FINANCIACIÓN: la presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

REFERENCIAS

1. Hardim DM, Jr. Acute Appendicitis: Review and Update. *Am Fam Physician* 1999; 60: 2027-34.
2. Addiss DG, Shaffer N, Fowler BS, Tauxe RV. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. *Am J Epidemiol* 1990; 132:910.
3. Nitecki S, Karmeli R, Sarr MG. Appendiceal calculi and fecaliths as indications for appendectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1990; 171:185.
4. Jones BA, Demetriades D, Segal I, Burkitt DP. The prevalence of appendiceal fecaliths in patients with and without appendicitis. A comparative study from Canada and South Africa. *Ann Surg* 1985; 202:80.
5. Wagner JM, McKinney WP, Carpenter JL. Does this patient have appendicitis? *JAMA* 1996; 276: 1589-94.
6. Anderson R. Meta-analysis of the clinical and laboratory diagnosis of appendicitis. *Br J Surg* 2004; 91: 28-37.
7. Chung CH, Ng CP, Lai KK. Delays by patients, emergency physicians, and surgeons in the management of acute appendicitis: retrospective study. *Hong Kong Med J* 2000; 6:254.
8. Guidry SP, Poole GV. The anatomy of appendicitis. *Am Surg* 1994; 60:68.
9. Kessler N, Cyteval C, Gallix B, Lesnik A, Blayac PM, Pujol J et al. Appendicitis: evaluation of sensitivity, specificity, and predictive values of US, Doppler US, and laboratory findings. *Radiology* 2004; 230:472.
10. Johansson EP, Rydh A, Riklund KA. Ultrasound, computed tomography, and laboratory findings in the diagnosis of appendicitis. *Acta Radiol* 2007; 48:267.

11. Rao PM, Rhea JT, Novelline RA. Sensitivity and specificity of the individual CT signs of appendicitis: experience with 200 helical appendiceal CT examinations. *J Comput Assist Tomogr* 1997; 21:686.
12. Whitley S, Sookur P, McLean A, Power N. The appendix on CT. *Clin Radiol* 2009; 64:190.
13. Kalan M, Talbot D, Cunliffe WJ, Rich AJ. Evaluation of the modified Alvarado score in the diagnosis of acute appendicitis: a prospective study. *Ann R Coll Surg Engl* 1994; 76:418.
14. Ohle R, O'Reilly F, O'Brien KK, Fahey T, Dimitrov BD. The Alvarado score for predicting acute appendicitis: a systematic review. *BMC Med* 2011; 9:139.
15. Beltran M, Villar R, Tapia T. Score diagnóstico de apendicitis: Estudio prospectivo, doble ciego, no aleatorio. *Rev Chil Cir* 2004; 56: 550-557.
16. Zimmer V, Juengling B, Lammert F. Colonoscopy in Acute Appendicitis. *Inter Med* 2010; 49: 2273.
17. Chang HS, Yang SK, Myung SJ. The role of colonoscopy in the diagnosis of appendicitis in patients with atypical presentations. *Gastrointest Endosc* 56: 343-348, 2002.
18. Motta-Ramírez GA, Méndez-Colín E, Martínez-Utrera MJ, Bastida-Alquicira J, Aragón-Flores M, Garrido-Sánchez GA, et al. Apendicitis atípica en adultos. *An Radiol Mex.* 2014;13(2).
19. Chavarro O, R DC. Apendicitis atípica diagnosticada durante una colonoscopia: reporte de caso clínico Atypical Appendicitis Diagnosed During a Colonoscopy. 2017;(3):269–73.
20. Benatta MA. Incidental diagnostic and treatment of a suppurative appendicitis at colonoscopy. *Case Rep Med.* 2012; 2012:2012–4.
21. Petro M, Minocha A. Asymptomatic early acute appendicitis initiated and diagnosed during colonoscopy: A case report. *World J Gastroenterol.* 2005;11(34):5398–400.
22. Niknam R, Fattahi MR, Mahmoudi L. Incidental Diagnosis of Appendiceal Abscess by Colonoscopy; A Case Report and Review of the Literature. *Middle East J Dig Dis [Internet].* 2015 Apr;7(2):94–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26106469>