

Ilustre Colegio Oficial de
Médicos de Teruel



Atalaya

MÉDICA TUROLENSE

2015

Nº 7



Presidente: Ismael Sánchez Hernández

Vicepresidente: Jesús Ángel Martínez Burgui

Atalaya Medica Turolense es el nombre de la cabecera de la revista que edita el Colegio Oficial de Médicos de Teruel. Esta revista servirá también para publicar aquellos temas que en cada momento interesen o preocupen a la profesión médica: Documentos de ética y deontología, observaciones o recomendaciones sobre aspectos asistenciales, legislación, convocatoria de premios, concursos, temas de interés médico actual, actividades colegiales, etc.

Se trata de una publicación de carácter semestral, abierta a todos los Médicos Colegiados en Teruel.

Comité Editorial:

Director: Jesús Ángel Martínez Burgui

Subdirector: Jesús Sánchez Padilla

Vocales del Colegio de Médicos de Teruel:

Sonia Sebastián Checa

Pedro I. Bono Lamarca

Beatriz Sanchís Yago

Agustín Galve Royo

Miguel Nassif Torbey

Comité Científico:

Coordinador: Jesús Ángel Martínez Burgui

José Manuel Sanz Asín (Servicio de Neurología del Hospital Obispo Polanco)

Clemente Millán Giner (Atención Primaria de Alcañiz)

Antonio Martínez Oviedo (Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco)

Carlos Izquierdo Clemente (Atención Primaria de Zaragoza)

Francisco Rodilla Calvelo (Servicio de Farmacología del Hospital Obispo Polanco)

Vicente Estopiñán García (Servicio de Endocrinología del Hospital obispo Polanco)

Rafael Saenz Guallar (Atención Primaria de Alcañiz)

José Enrique Ruiz Laiglesia (Servicio de Nefrología del Hospital Clínico)

Juan Carlos Cobeta García (Servicio de Reumatología del Hospital Miguel Servet)

Juan Antonio Domingo Morera (Servicio de Neumología del Hospital Miguel Servet)

Ivan Ulises Fernández-Bedoya Korón (Servicio de Radiodiagnostico del Hospital Obispo Polanco)

Joaquín Velilla Moliner (Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet)

Enrique Alonso Formento (Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet)

Ana Cristina Utrillas Martínez (Servicio de Cir. General y Aparato Digestivo del Hospital Obispo Polanco)

DISEÑO y MAQUETACIÓN: M.A. Cano

Edita: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Teruel

Depósito Legal TE-131-2013

ISSN 2254-2671

Indexada en LATINDEX - Folio 24152

SUMARIO

Colaboración científica

Fray Luis de Granada y Juan de Arfe. Anatomistas del Renacimiento. F. Valle

5

Revisión científica

Mordedura por víboras. A. Martínez / M^a J. Borruel / L.J. Floria / M^a T. Espallargas / I. Burgués

9

Originales

Nuevos tratamientos en la Esclerosis Múltiple. A. González / L. Jarauta / J. Borrás / V. Caballero / F. Rodilla

Tratamiento de la Hepatitis C en la era de los nuevos antivirales. A. González / E. Garza / V. Caballero / F. Rodilla

Influencia de la vacunación antirrotaviral en la prevención de casos de gastroenteritis aguda en niños nacidos en el Sector Teruel entre los años 2011-2012. Á. Domingo

15

Notas Clínicas

Doctor, ¿otra apendicitis?. M^a J. Borruel / A. Martínez / A. Arturo Moreno / V. Estabén

Leishmaniasis visceral en pediatría. Revisión de nuestra casuística. T. Díaz / P. Sanz / V. Caballero / L. García / N. Martín / C. Castaño

Intoxicación con dosis inusualmente altas de Paracetamol. A. Díaz de Tuesta / L. Usieto / J. Velilla / D. Lahoz

Detección casual de un paraganglioma familiar en un niño afecto de acalasia. V. Caballero / P. Sanz / A. González / T. Ojuel

Estadío final de una enferma con CIA tipo Ostium Primum sin tratamiento quirúrgico. T. Ojuel / V. Caballero / M^a C. Valdovinos

Colgajo libre de músculo gracilis para reparación de eminencia tenar en paciente electrocutado. M^a P. Muniesa / M^a T. Espallargas / L. Javier Floría

Obstrucción completa de la carótida interna diagnosticada por oftalmólogo. María Pastor / T. Perales / N. Navarro

Cefalea hípica secundaria a malformación arteriovenosa cerebral. M. León / W. Pita / V. Suárez / C. Iannuzzelli

Enfisema periorbitario tras sonarse la nariz. C. Blanco / F. Roderó / F. J. Esteban / T. Díaz

37

Diagnóstico por imagen

Sepsis meningocócica. E. C. López / I. Coscollar / C. Castaño

Luxación temporomandibular bilateral secundaria a crisis comicial. E. C. López / V. Estabén / C. López

Tendón Peroneo accesorio en corredera retromaleolar: Conflicto de espacio. A propósito de un caso. M. P. Muniesa / M. Guillén / J. M. Villalba

Calcificación en "palomitas de maíz": Signo patognomónico de Hamartoma. T. Díaz / C. López / A. Martínez

77

Celebraciones y eventos

Cursos impartidos

Celebración del Día de la Patrona

81

DOCTOR, ¿OTRA APENDICITIS?

Dra. María José Borrueal Aguilar / Dr. Antonio Martínez Oviedo / Dr. Alberto Arturo Moreno Olivieri /
Dra. Victoria Estabén Boldova
Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

La apendicitis del muñón consiste en la inflamación del remanente apendicular tras una apendicectomía. Los signos y síntomas no difieren de una apendicitis aguda.

Es una entidad rara en la que a menudo el diagnóstico se retrasa. El conocimiento de esta entidad hace que sea posible su diagnóstico precoz, disminuyendo la morbilidad de la misma.

PALABRAS CLAVE

apendicitis del muñón, apendicectomía

ABSTRACT

Stump appendicitis is a entity characterized by inflammation of the appendiceal remanent after appendectomy. Signs and symptoms do not differ from acute appendicitis. Stump appendicitis is a rare condition in which the diagnosis is often delayed. Knowledge of stump appendicitis makes it possible to reach the early diagnosis and thereby reduce the morbidity of this condition.

KEY WORDS

stump appendicitis, appendectomy

CASO CLÍNICO

Mujer de 35 años, con antecedentes de apendicectomía a los 17 años, ovariectomía izquierda y ligadura de trompas a los 32 años.

La paciente refiere dolor a nivel de fosa iliaca derecha con irradiación a zona lumbar derecha de unas 16 horas de evolución que empeora con algunos movimientos y que asocia disuria sin polaquiuria. Afebril.

La paciente presenta palidez y sudoración, y posición antiálgica. Abdomen blando, depresible, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha con signo de Blumberg negativo. Aumento de ruidos abdominales.

En la analítica se aprecia leucocitosis con desviación izquierda, PCR 51, orina: test de embarazo negativo, indicios de sangre y leucocitos como datos más destacados.

Se solicita valoración por ginecología sin apreciar patología aguda.

Ante la situación de la paciente se decide observación en nuestro hospital. En las siguientes horas aumento del dolor con presencia de pico febril

38º C e hipotensión que se remonta con infusión de suero fisiológico en un primer momento. Empeoramiento progresivo del estado general con aumento dolor y persistencia de hipotensión a pesar de infusión de líquidos. Por todo ello se diagnostica de sepsis de origen pélvico abdominal.

Se solicita ecografía abdominal donde se aprecia líquido libre y engrosamiento de pared abdominal a nivel del ileon distal sin poder precisar causa.

Se realiza TAC abdominal visualizando signos de proceso inflamatorio pélvico de probable origen tubo-ovárico derecho versus proceso inflamatorio ileal distal.

Ante la evolución del cuadro se decide realizar laparoscopia exploradora evidenciándose peritonitis difusa y líquido fibrino-purulento libre en cavidad abdominal secundaria a apendicitis perforada de muñón apendicular.

La paciente evoluciona de forma satisfactoria tras la intervención, permaneciendo ingresada en planta para cumplimiento de terapia con antibióticos y vigilancia evolutiva.



Fig. 1. Muñón apendicular inflamado intraoperación.

COMENTARIO

La apendicitis del muñón es una entidad que se caracteriza por la inflamación del remanente apendicular tras una apendicetomía incompleta. Los pacientes presentan dolor en fosa iliaca derecha de similares características a las de la primera apendicitis.

La presentación puede ser aguda, subaguda o crónica, pudiendo aparecer desde los 2 meses a los 52 años de la apendicetomía inicial. El rango de edad de los pacientes oscila entre 11 y 72 años².

Es una entidad poco frecuente, pero grave ya que habitualmente se diagnostica con retraso lo que provoca complicaciones como perforación apendicular y peritonitis que se producen hasta en el 70% de los pacientes³.

Favorecen la aparición de este cuadro: la apendicetomía incompleta con un remanente apendicular mayor de 5 mm, la inflamación del polo cecal, los cambios inflamatorios locales con edema, abscesos o peritonitis local, alteraciones anatómicas en la posición del apéndice (apéndice retrocecal) y la insuficiente experiencia del cirujano⁴.

Se puede presentar tanto tras cirugía abier-



Fig. 2. Tamaño del muñón.

ta como tras cirugía laparoscópica, siendo más frecuente tras cirugía abierta por ser esta la técnica más frecuentemente realizada; aunque se cree, que el creciente uso de la vía laparoscópica está incrementando la frecuencia de casos de apendicitis del muñón. Esto sería debido al menor campo de visión que permite esta técnica junto con la imposibilidad de invertir digitalmente el muñón hacia el ciego. No obstante, y a pesar que muchos autores la consideren como la causa más importante, no se ha establecido una correlación inequívoca⁵.

En el diagnóstico del cuadro son útiles las pruebas de imagen, sobre todo el TAC abdominal donde se apreciaran cambios inflamatorios en región cecal, formación de abscesos, líquido libre en región paracolica derecha, masa cecal... similares a los encontrados en una apendicitis normal⁷.

El tratamiento consiste en la resección completa del apéndice, para ello se debe visualizar claramente la base de este y dejar un muñón de menos de 3 mm⁸.

La incidencia de esta enfermedad es baja, o al menos los casos publicados. Tras realizar una revisión bibliográfica en PubMed (National Library of Medicine) con el término de "stump

apendicitis” sin límite de tiempo de publicación ni lenguaje de la misma hemos obtenido un total de 80 casos. En los últimos años, se ha producido un aumento en el número de publicaciones sobre esta entidad⁶.

Este cuadro requiere un alto grado de sospecha que facilitará un diagnóstico precoz del mismo disminuyendo así las complicaciones que el retraso provoca, como ocurrió en nuestro caso.

Por ello, la apendicitis del muñón, aunque es una entidad poco frecuente, debe de ser uno de los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta en todo paciente que presenta dolor abdominal en fosa iliaca derecha y ha sido apendicectomizado⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Hermosa, J.I., Roig García, J., Puig Alcántara, J., Codina Cazador, A. Apendicitis del muñón: una rara patología. Rev. esp. enferm. dig. v.99 n.4 Madrid abr. 2007
2. Shin LK, Halpern D, Weston SR, Meiner EM, Katz DS. Prospective CT diagnosis of stump appendicitis. AJR 2005; 184 (Supl. 3): S62-4.
3. Ismail I., Luco D., Jannaci MI, et al., “Prompt recognition of stump appendicitis is important to avoid serious complications: a case report”, Cases Journal, 2009. Vol.2, no.7, article 7415.
4. Kanona H, Al Samaraee A, Nice C, Bhattacharya V. Stump appendicitis: a review. Int J Surg. 2012;10:425-8.
5. Parameshwarappa S, Rodrigues G, Prabhu R, Sambhaji C. Stump appendicitis following laparoscopic appendectomy. University Medical Journal 2011;11:112-4.
6. Anuradha Subramanian, M.D., Mike K. Liang, M.D. A 60-year literature review of stump appendicitis: the need for a critical view. The American Journal of Surgery (2012) 203, 503-507.
7. Kumar, A., Sharma, A., Khullar, R., Soni, V. Baijal, M., Chowbey P.K. Stump appendicitis: A rare clinical entity. J Minim Access Surg. 2013 oct-Dec; 9(4): 173-176.
8. Constantin V., Popa, F., Carap, A., Socea, B. Stump Appendicitis-An overlooked clinical Entity. Chirurgia (2014). 109: 128-131.
9. Minguez, G. Gonzalo, R., Tamargo, A., Turienzo, E., Mesa, A. An unsuspected clinical condition: Appendicitis of appendicular residual, three cases report. International Journal of Surgery Case Reports 4 (2013)371-374.