

Apendicitis posterior a serie esofagogastroduodenal: reporte de un caso

Dr. Kuauhyama Luna-Ortiz,* Dr. Mario Rascon-Ortiz,** Dr. Ivan Silva-Arellano,* Dr. Manuel Perez-Sanchez**

* Departamento de Cirugía General del Hospital Juárez de México. ** Departamento de Patología del Instituto Nacional de Cancerología (México).

Correspondencia: Dr. Kuauhyama Luna Ortiz. Departamento de Cirugía General. Hospital Juárez de México. Av. IPN # 5160. Col. Magdalena de las Salinas. México, D.F. 07760. Tel.: 5747-7560 ext. 436. Correo electrónico: kuauhyama@starmedia.com

Recibido para publicación: 29 de septiembre de 2003.

Aceptado para publicación: 9 de marzo de 2004.

RESUMEN. El bario retenido en el apéndice cecal luego de un estudio del tracto gastrointestinal puede predisponer en raras ocasiones al estrechamiento y obstrucción de la luz apendicular, con el subsecuente desarrollo de apendicitis. Se reporta el caso de una paciente de 42 años en quien se reconoce esta secuencia de eventos al presentar un cuadro clínico de apendicitis aguda nueve días después de realizada una serie esofagogastroduodenal (SEGD). Se debe informar al paciente con retención apendicular de bario sobre la mayor probabilidad del desarrollo de apendicitis e instruir para la detección temprana de sintomatología sugestiva. El tratamiento quirúrgico se reserva para pacientes sintomáticos y no se recomienda la apendicectomía profiláctica.

Palabras clave: apendicitis, bario, serie esofagogastroduodenal.

SUMMARY. Retention of barium within appendix following a gastrointestinal tract study may predispose in rare instances to narrowing of appendiceal lumen, thus contributing to development of acute appendicitis. We present the case of a 42-year-old woman in whom this sequence of events was recognized who presented with clinical signs of acute appendicitis 9 days after barium swallow test was performed. Patients must be informed increased chance for development of appendicitis in these cases and be instructed to recognize early symptoms. Surgical treatment is reserved for symptomatic patients and prophylactic appendectomy is not recommended.

Key words: Appendicitis, barium, barium swallow.

INTRODUCCIÓN

Desde hace más de 50 años se han reportado casos de apendicitis aguda asociada a la retención de bario en el apéndice cecal, ya sea en la modalidad de trago o enema sin que hasta la fecha haya consenso sobre el significado clínico y las posibles secuelas de dicho fenómeno. Se ha descrito la entrada de bario al apéndice en ambas modalidades de estudio en proporciones que van desde 8 hasta 65% en determinadas poblaciones.^{1,2} Comúnmente el bario es evacuado del colon y apéndice normales en las primeras 48 horas posteriores al estudio,³ aunque el significado clínico de la persistencia mayor a este periodo de tiempo en pacientes asintomáticos no ha sido establecido con certeza. Se reporta el caso de una paciente con cuadro clínico de apendicitis aguda nueve días posterior a SEG D con bario.

REPORTE DE CASO

Paciente femenino de 42 años, la cual ingresa a nuestra institución el 14 de febrero de 2000 con sintomatología de reflujo gastroesofágico, vista por el Servicio de Gastroenterología y cuyo tratamiento incluyó bloqueadores H₂, inhibidores de la bomba de protones y procinéticos, por lo cual se realizan estudios dirigidos a corroborar diagnóstico de insuficiencia hiatal, el estudio de endoscopia reveló hernia hiatal no complicada. La paciente continúa en control, sin embargo, su sintomatología no mejora, por lo cual se realiza serie esofagogastroduodenal (SEGD) el día 17 de julio de 2001 con reporte de hernia hiatal por deslizamiento. La paciente acude nueve días después de realizada la SEG D, con dolor en fosa ilíaca derecha, por lo cual se realiza radiografía de abdomen (*Figura 1*), la cual muestra residuos de material de contraste en el apéndice cecal. Se decide



Figura 1. Radiografía simple de abdomen que revela la presencia de bario en el interior del apéndice nueve días después de SEG. Se observan concreciones intraluminales del material de contraste.

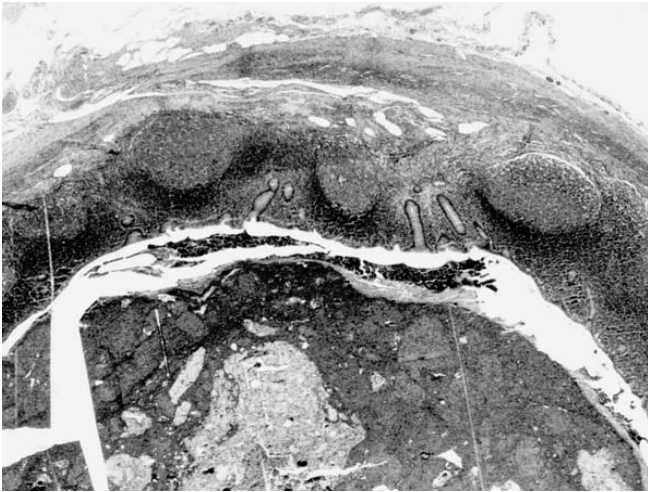


Figura 2. El análisis histopatológico evidenció la presencia de material de contraste en la luz apendicular, así como infiltrado inflamatorio en mucosa y submucosa e hiperplasia de folículos linfoides (HE 40x).

vigilar a la paciente, ya que no presentaba alguna otra sintomatología. La paciente acude nuevamente tres días después con aumento de su sintomatología y a la exploración datos de irritación peritoneal, con signo de McBurney positivo. Biometría hemática normal. Se establece el diagnóstico de apendicitis aguda secundaria a material de contraste, se somete a tratamiento quirúrgico, encontrando datos de apendicitis aguda, el análisis histopatológico corrobora el diagnóstico encontrando material baritado en la luz de la apéndice cecal

(Figura 2). La paciente evoluciona sin complicaciones y es dada de alta.

DISCUSIÓN

Los apéndices normales son en su mayoría capaces de eliminar el bario en un periodo de tiempo variable, que puede ir desde pocos días hasta varios meses o incluso años,⁴ demostrando así la variabilidad que tiene cada apéndice en la capacidad para deshacerse del bario. La ausencia de llenado del apéndice después de un estudio baritado no se considera significativa. Aunque se sabe que el bario no es un material irritante para la mucosa intestinal normal, hay registros que señalan que puede producir irritación a las glándulas mucosas en presencia de infección u obstrucción intraluminal,¹ promoviendo el aumento de secreción de moco, que contiene sales inorgánicas que a su vez se precipitan sobre la obstrucción intraluminal. Asimismo, el solo aumento de la densidad del bario una vez alojado en el apéndice puede por sí mismo gestar la obstrucción que dará inicio a la reacción inflamatoria en el apéndice. No sólo es importante la presencia del bario en el apéndice, sino también patrón adoptado por el mismo, que cobra importancia bajo dos circunstancias en particular: 1) cuando el bario hace evidente un fecalito preexistente y 2) cuando la configuración intraluminal y el patrón del bario se distribuya en el contorno del apéndice, sugiriéndonos la presencia de un proceso inflamatorio intraapendicular.⁵ La presencia de un fecalito calcificado tiene un valor predictivo positivo de 90% para apendicitis y la incidencia de perforación en apendicitis asociada a litiasis es de 50%, ya que el proceso inflamatorio tiende a progresar más rápidamente cuando el apéndice se encuentra completamente obstruido. De esta manera, la apendicitis asociada a retención de bario tiene mayor probabilidad de tener una presentación clínica más complicada.

Hay autores que recomiendan la apendicectomía electiva en pacientes en los cuales el bario retenido ha “descubierto” un fecalito preexistente, ya que hasta 90% de los fecalitos son radiolúcidos, no observándose en radiografías simples de abdomen.

También se ha aconsejado la apendicectomía profiláctica en casos de retención de bario por un tiempo mayor de un mes,⁶ independientemente de presentar sintomatología sugestiva o no, basados en el aumento de la posibilidad de desarrollar apendicitis en dichas circunstancias.⁷ Otros autores incluso recomiendan hacer control radiográfico en pacientes con retención apendicular de bario mayor de una semana. Nosotros encontramos

todas estas medidas exageradas y poco recomendables. En dado caso recomendamos, para pacientes en los que el bario ha evidenciado un fecalito preexistente, informar al paciente sobre el probable desarrollo de la apendicitis, e instruirlo adecuadamente para la detección temprana de la sintomatología. El hallazgo radiológico no debe ser considerado una indicación de cirugía y la actitud terapéutica deberá siempre estar dictada por el curso clínico del paciente.

CONCLUSIONES

La apendicitis por bario es una entidad rara pero real, en la cual la retención de bario en el apéndice condiciona la formación de fecalitos, crecimiento de fecalitos preexistentes o el aumento de secreción de moco intraluminal, generando una obstrucción que precede a la aparición de apendicitis. El tratamiento es eminentemente quirúrgico y urgente, pero se debe reservar para pacientes sintomáticos. Se debe informar al paciente

sobre la probabilidad elevada de desarrollar apendicitis, así como instruirlo para el reconocimiento temprano de la sintomatología sugestiva. La cirugía debe estar indicada por el curso clínico de cada paciente. No recomendamos la apendicectomía electiva ni la profiláctica.

REFERENCIAS

1. Vukmer GJ, Trummer MJ. Barium appendicitis. *Arch Surg* 1965; 91: 630-2.
2. Merten DF, Lebowitz ME. Acute appendicitis in a child associated with prolonged appendiceal retention of barium (Barium appendicitis). *South Med J* 1978; 71: 81-2.
3. Young MO. Acute appendicitis following retention of barium in the appendix. *Arch Surg* 1958; 77: 1011-4.
4. Sisley JF, Wagner CW. Barium appendicitis. *South Med J* 1982; 75: 498-9.
5. Maglente DDT, Bush ML, Aruta EV, Bullington GE. Retained barium in the appendix: Diagnostic and clinical significance. *AJR* 1981; 137: 529-33.
6. Totty WG, Koehler RE, Cheung LY. Significance of retained barium in the appendix. *AJR* 1980; 135: 753-6.
7. Wagner CW, Sisley JF (letter). Barium appendicitis revisited. *South Med J* 1984; 77: 1346.