

## Plastrón apendicular del muñón, un caso infrecuente

María Manuela Rodríguez-Gutiérrez<sup>1,2,3,a,b</sup>; María Camila Álvarez-Solano<sup>1,a</sup>; Edgar Andrés Herrada-Tovar<sup>1,a</sup>; Luisa María Hincapié-Cano<sup>1,3,a,b</sup>; Rubén Darío Jiménez-Hurtado<sup>3,b</sup>; María Carolina Díaz-Rivera<sup>1,3,4,a,b,c</sup>

1 Clínica San Rafael Pereira. Colombia.

2 Asociación Colombiana de Cirugía. Bogotá, Colombia.

3 Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, Facultad de Medicina. Pereira, Colombia.

4 Universidad Tecnológica de Pereira (UTP). Pereira, Colombia.

<sup>a</sup> Médico, IPS; <sup>b</sup> semillero de investigación en Ciencias Médicas Quirúrgicas; <sup>c</sup> docente.

### RESUMEN

La apendicitis del muñón es una rara complicación tardía posterior a la apendicectomía y representa un problema diagnóstico, ya que los médicos a menudo no están muy familiarizados con esta patología, lo que genera complicaciones como fístula intestinal, obstrucción del intestino delgado, entre otras. El plastrón apendicular es una forma evolutiva de la apendicitis aguda, cuya frecuencia es bastante baja y requiere de tratamiento quirúrgico; no obstante, aún no hay consenso sobre el protocolo terapéutico.

El presente caso trata de una paciente a quien se le realizó una apendicetomía años atrás, y que acude a consulta por un cuadro de dolor en la fosa iliaca derecha, emesis, alzas térmicas y signos de irritación peritoneal. Fue llevada a laparotomía exploratoria, en la cual se halló una masa en el colon ascendente. Se le tomó una biopsia, cuyo resultado reportó plastrón apendicular del muñón, dándosele manejo.

Actualmente, aún no se considera posible establecer un diagnóstico diferencial del plastrón apendicular del muñón en pacientes con dolor en la fosa iliaca derecha intervenidos con apendicectomía. Por esta razón, el diagnóstico puede retrasarse y pueden presentarse complicaciones como abdomen agudo, perforación o sepsis. La apendicectomía de terminación es el tratamiento de elección para los pacientes que están cursando con la apendicitis del muñón. El objetivo de este reporte de caso es subrayar la importancia de esta patología, dada su baja incidencia. Los clínicos deben ser conscientes de la posibilidad de apendicitis del muñón o, en el caso de plastrón, confirmar cualquier sospecha clínica a través de imágenes radiológicas para reconocer rápidamente esta entidad y evitar las complicaciones relacionadas.

**Palabras clave:** Apendicitis; Cirugía General; Apendicectomía; Fístula Intestinal; Obstrucción Intestinal (Fuente: DeCS BIREME).

## Appendiceal stump phlegmon: a rare case

### ABSTRACT

Stump appendicitis is a rare late complication following appendectomy that poses a diagnostic challenge, as physicians are often not very familiar with this pathology. This fact leads to complications, such as intestinal fistula and small bowel obstruction, among others. Appendiceal phlegmon is an evolutionary form of acute appendicitis whose frequency is quite low. It requires surgical treatment, but there is still no consensus on the therapeutic protocol.

Our case involves a female patient who had undergone appendectomy years ago, who consulted for right iliac fossa pain, emesis, febrile episodes and signs of peritoneal irritation. Therefore, she was taken to exploratory laparotomy, revealing a mass in the ascending colon, from which a biopsy was taken. This reported appendiceal stump phlegmon, which was treated.

Currently, appendiceal stump phlegmon is not yet considered a possible differential diagnosis in patients with right iliac fossa pain who have undergone appendectomy. For this reason, the diagnosis may be delayed, and complications such as acute abdomen, perforation and sepsis may occur. Stump appendectomy is the treatment of choice for patients with stump appendicitis. The objective of this case report is to highlight the importance of this pathology, given its low incidence. Clinicians should be aware of the possibility of stump appendicitis or, in the case of the patient with phlegmon, should confirm any clinical suspicion through radiological imaging to quickly recognize this pathology and prevent related complications.

**Keywords:** Appendicitis; General Surgery; Appendectomy; Intestinal Fistula; Intestinal Obstruction (Source: MeSH NLM).

#### Correspondencia:

María Manuela Rodríguez-Gutiérrez  
maria.rodriguez@uam.edu.co

Recibido: 17/6/2024

Evaluado: 12/8/2024

Aprobado: 4/9/2024



Esta obra tiene licencia de Creative Commons. Artículo en acceso abierto. Atribución 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Copyright © 2025, Revista Horizonte Médico (Lima). Publicado por la Universidad de San Martín de Porres, Perú.

## INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda tiene una incidencia de 100 nuevos casos por cada 100 000 personas al año y es la causa más común del abdomen agudo <sup>(1)</sup>. Se estima que el riesgo de por vida de desarrollar apendicitis es del 8,6 % para los hombres y del 6,7 % para las mujeres <sup>(2)</sup>. La apendicitis aguda sin tratamiento oportuno puede evolucionar hacia una perforación apendicular, causando entidades de mayor gravedad como la peritonitis localizada o sepsis generalizada; sin embargo, en otros casos menos comunes, el organismo controla parcialmente este proceso, generando un plastrón apendicular, constituido por tejidos adyacentes que delimitan el proceso infeccioso <sup>(3)</sup>. Las complicaciones a corto plazo asociadas con la cirugía para la apendicitis aguda incluyen infección de heridas, infección profunda y sangrado, y las complicaciones a largo plazo son hernias, obstrucciones del intestino delgado y apendicitis por muñón <sup>(4)</sup>.

Debido tanto a la baja incidencia de esta patología como a un bajo índice de sospecha a causa de una apendicectomía previa, el diagnóstico de apendicitis por muñón a menudo se retrasa, lo que resulta en una cirugía más complicada y un aumento de la morbilidad <sup>(5)</sup>.

El propósito de este trabajo es recordar a la población médica general la existencia de esta entidad clínica que, si bien es

de presentación poco probable en un paciente con dolor en la fosa iliaca derecha y antecedente de apendicectomía, si es posible y requiere de un exhaustivo diagnóstico diferencial, ya que puede traer complicaciones si este (y, por ende, su tratamiento) no se da a tiempo.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina, que cursa la tercera década de la vida, con antecedente de apendicectomía hace siete años, ingresó a clínica de tercer nivel por un cuadro de una semana de evolución caracterizado por dolor abdominal localizado en la fosa iliaca derecha, sin fiebre ni vómitos ni otra sintomatología. Al examen físico, presentó abdomen globoso a expensas de abundante panículo adiposo, levemente doloroso a la palpación en la fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal. Sus signos vitales fueron estables: frecuencia cardiaca de 72 latidos por minuto, tensión arterial 115/75 mmHg, temperatura 36 °C. El recuento total de glóbulos blancos fue de 13 400 mm<sup>3</sup> (90 % de neutrófilos). Finalmente, la ecografía de abdomen total estuvo dentro de los límites normales, por lo que se solicitó una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen total, donde se evidenció apendicitis aguda con cambios inflamatorios regionales (Figura 1).



**Figura 1.** TAC de abdomen total con signos tomográficos de apendicitis aguda, cambios inflamatorios regionales, sin líquido libre ni colecciones organizadas

La paciente fue llevada a laparotomía exploratoria, encontrándose ausencia de apéndice cecal y presencia de lesión dura y firme en el colon ascendente, sugestiva de masa tumoral. Se decide realizar colonoscopia electiva, donde se considera plastrón apendicular del muñón, que fue confirmado por estudios de patología.

Posterior a esto, fue dejada en hospitalización para cubrimiento antibiótico combinado vía intravenosa con cefuroxima de 1,5 g cada 8 horas más metronidazol 500 mg cada 8 horas y analgésico. Tras la mejoría del cuadro clínico, se le otorgó el alta sin complicaciones.

## DISCUSIÓN

La apendicitis del muñón es una complicación tardía y poco usual que se presenta en uno de cada 50 000 casos después de una apendicetomía, es de difícil diagnóstico y se puede producir en un intervalo de tiempo muy variable, que va desde pocos días hasta décadas después de la cirugía inicial <sup>(4,6)</sup>. Según R. Hendahewa et al., la apendicitis del muñón se diagnosticaba erróneamente con frecuencia como estreñimiento, gastroenteritis o diverticulitis del lado derecho, lo que llevó a un retraso significativo en la cirugía <sup>(7)</sup>. Los factores de riesgo son alteraciones anatómicas y asociados a cirugía, como la identificación inadecuada de la base apendicular por una inflamación local grave, dejando un muñón largo por miedo a una lesión cecal, o a una disección difícil y ulceraciones locales por fecalito <sup>(6)</sup>.

El aumento de la incidencia de la apendicitis del muñón se ha atribuido a la introducción de una apendicetomía laparoscópica. Algunos autores han sugerido que la falta de visión tridimensional y la ausencia de retroalimentación táctil en la laparoscopia aumentan la posibilidad de dejar atrás un muñón más largo; por otro lado, otros autores indican que la incidencia de la apendicitis por muñón después de una apendicetomía laparoscópica estandarizada es menos de la mitad en comparación con la técnica abierta <sup>(8,9)</sup>. El alto índice de sospecha clínica puede ser respaldado por exámenes complementarios como la ecografía abdominal o la TAC en el diagnóstico de apendicitis del muñón <sup>(10)</sup>. La laparoscopia de diagnóstico es útil en algunos casos dudosos con síntomas abdominales persistentes después de descartar otras patologías mediante la realización de imágenes extensas, al igual que la colonoscopia <sup>(11)</sup>.

La apendicetomía de finalización es el tratamiento de elección para la apendicitis del muñón, que se realiza más comúnmente como una operación abierta, pero también se puede realizar abordaje laparoscópico, que evita la tediosa búsqueda del apéndice <sup>(11)</sup>.

El manejo del plastrón apendicular se deja al criterio y experiencia del médico, encontrándose dentro de las posibilidades una intervención quirúrgica inmediata o un manejo conservador, con la opción de realizar una apendicetomía diferida cuando se estabiliza el cuadro

agudo. En las directrices de Jerusalén de la *World Society of Emergency Surgery* (WSES) (2020) se reporta que el manejo no quirúrgico es un tratamiento razonable para el flemón o absceso apendicular, con drenaje percutáneo —de ser necesario— como complemento de los antibióticos <sup>(12)</sup>. La tasa de recurrencia informada después un tratamiento no quirúrgico oscila entre el 12 % y el 24 %, por lo que no se recomienda la apendicetomía de intervalo de rutina después de un manejo no operativo en adultos jóvenes (menores de 40 años) y niños, sino solamente para aquellos con síntomas recurrentes. Debido a que la incidencia de neoplasias apendiculares es alta en pacientes mayores de 40 años con apendicitis complicada, se sugieren exámenes complementarios adicionales, como la colonoscopia o TAC con contraste para aquellos tratados de forma no quirúrgica en este rango de edad <sup>(13)</sup>.

Finalmente, ¿se debe ofrecer a los pacientes una apendicetomía secundaria después de la curación de un plastrón apendicular? Dos tendencias opuestas: abstención y apendicetomía sistemática. El principal argumento de los defensores de la abstención radica en la supuesta alta mortalidad de la apendicetomía secundaria, mientras que los defensores de la apendicetomía “fría” sistemática destacan los riesgos de recurrencia y diagnósticos erróneos <sup>(14,15)</sup>. La abstención terapéutica tiene un riesgo de recurrencia del 15 % <sup>(16,17)</sup>.

En conclusión, el plastrón del muñón es una masa que se forma alrededor de un muñón apendicular inflamado en la apendicitis aguda. Esta formación se produce como resultado de la reacción del organismo para contener la infección y evitar su diseminación. El diagnóstico se realiza principalmente a través de la clínica y se confirma mediante estudios de imagen como la ecografía o la TAC.

En muchos casos, el manejo inicial del plastrón del muñón es conservador, con antibióticos y observación, evitando la cirugía de urgencia. La cirugía se puede considerar en caso de complicaciones como absceso o perforación.

**Contribución de autoría:** MMRG y MCAS se encargaron de la recolección de datos; MCDR y RDJH, del análisis del caso; MMRG, de la revisión y la edición del manuscrito. EAHT y LMHC realizaron la redacción del primer borrador del manuscrito.

**Fuentes de financiamiento:** Los autores financiaron este artículo.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Téoule P, Laffolie J, Rolle U, Reissfelder C. Acute appendicitis in childhood and adulthood. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2020;117(45):764-74.
2. Salati SA. Stump appendicitis - a systematic analysis. *Pol Przegl Chir* [Internet]. 2021;94(1):62-9.

3. Sajid MS, Ray K, Hebbar M, Riaz W, Baig MK, Sains P, et al. South coast appendicular mass management (SCAM) survey. *Transl Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2020;5:4.
4. Keller CA, Dudley RM, Huycke EM, Chow RB, Ali A. Stump appendicitis. *Radiol Case Rep* [Internet]. 2022;17(7):2534-6.
5. Choi H, Choi YJ, Lee TG, Kim DH, Choi JW, Ryu DH. Laparoscopic management for stump appendicitis: A case series with literature review. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2019;98(47):e18072.
6. Mejri A, Arfaoui K, Aloui B. Stump appendicitis: a myth that can become reality. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2020;36:274.
7. Hendarhewa R, Shekhar A, Ratnayake S. The dilemma of stump appendicitis – A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2015;14:101-3.
8. Parthasarathi R, Jankar SV, Chittawadgi B, Sabnis SC, Kumar SS, Rajapandian S, et al. Laparoscopic management of symptomatic residual appendicular tip: a rare case report. *J Minim Access Surg* [Internet]. 2017;13(12):154-6.
9. Mangi AA, Berger DL. Stump appendicitis. *Am Surg* [Internet]. 2000;66(8):739-41.
10. Subramanian A, Liang MK. A 60-year literature review of stump appendicitis: the need for a critical view. *Am J Surg* [Internet]. 2012;203(4):503-7.
11. Shah T, Gupta RK, Karkee RJ, Agarwal CS. Recurrent pain abdomen following appendectomy: stump appendicitis, a surgeon's dilemma. *Clin Case Rep* [Internet]. 2017;5(3):215-7.
12. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg* [Internet]. 2020;15(1):27.
13. Das BB, Nayak KN, Mohanty SK, Sahoo AK. A retrospective analysis of conservative management versus early surgical intervention in appendicular lump. *Cureus* [Internet]. 2022;14(1):e21784.
14. Kumar S, Jain S. Treatment of appendiceal mass: prospective, randomized clinical trial. *Indian J Gastroenterol* [Internet]. 2004;23(5):165-7.
15. Mezoughi S, Ayav A, Slim K. Should interval appendicectomy be performed following the resolution of an appendiceal abscess? *Ann Chir* [Internet]. 2006;131(6-7):386-8.
16. Gillick J, Velayudham M, Puri P. Conservative management of appendix mass in children. *Br J Surg* [Internet]. 2001;88(11):1539-42.
17. Lai HW, Loong CC, Wu CW, Lui WY. Watchful waiting versus interval appendectomy for patients who recovered from acute appendicitis with tumor formation: a cost-effectiveness analysis. *J Chin Med Assoc* [Internet]. 2005;68(9):431-4.