DOI: https://doi.org/10.46296/gt.v8i16.0256

NECROSIS DEL MUÑÓN APENDICULAR: REPORTE DE CASO CLÍNICO

APPENDICEAL STUMP NECROSIS: CASE REPORT

Sanabria-Romero Diana Marcela [1]; Chinome-Rodríguez Juan Carlos [2]; Cuesta-López Alejandro [3]; Barrios-Marenco Salim José [4]

[1] Médico Cirujano, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C., Colombia. Correo: dmsanabriar@unal.edu.co. ORCID ID: https://orcid.org/0009-0003-1186-0487.

[2] Médico General, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. Bogotá D.C., Colombia. Correo: juankchinome@gmail.com. ORCID ID: https://orcid.org/0009-0009-7104-6093.

[3] Médico General, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. Bogotá D.C., Colombia. Correo: alitocl@hotmail.com. ORCID ID: https://orcid.org/0009-0007-3834-3358.

[4] Especialista en cirugía general Fundación Universitaria San Martín. Cirujano General, Hospital de Engativá. Bogotá D.C., Colombia. Correo: salimbarrios@gmail.com. ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-4385-0780.

Resumen

La apendicectomía es una de las cirugías más frecuentes. La apendicitis del muñón es una complicación infrecuente, con incidencia aproximada de 1/50.000, cuyo diagnóstico suele retrasarse y puede evolucionar a gangrena, perforación cecal y peritonitis (1)(2)(7)(9). Caso clínico: Mujer de 73 años con artritis reumatoide y trombocitemia esencial JAK2+, en manejo con hidroxiurea y ácido acetilsalicílico. Presentaba antecedente de apendicectomía laparoscópica por apendicitis fibrinopurulenta. Reacudió por cuadro compatible con obstrucción intestinal. La valoración inicial fue sugestiva de neumoperitoneo y obstrucción, por lo que se practicó laparotomía exploratoria. Se halló hernia interna por bridas (adherencias a 240 y 390 cm del ángulo de Treitz), necrosis de la base del muñón apendicular con orificio fistuloso cecal y peritonitis pélvica. Se realizó adhesiolisis, desbridamiento del muñón y cierre primario del ciego en dos planos (Connell/Mayo con PDS 3-0 y Lembert con Prolene 3-0), además de enterorrafia ileal, lavado peritoneal e instalación de dren tipo SUMP. El procedimiento cursó sin complicaciones intraoperatorias y con pérdida sanguínea mínima; se indicó manejo antibiótico y cuidados posoperatorios. Conclusiones: La necrosis del muñón apendicular es rara pero potencialmente grave. Debe considerarse en el diagnóstico diferencial de dolor en cuadrante inferior derecho en pacientes con apendicectomía previa; la identificación oportuna y el tratamiento quirúrgico precoz pueden prevenir resecciones mayores y reducir morbimortalidad (1)(2)(7)(9).

Palabras claves: Apendicitis del muñón, Apendicectomía, Complicaciones posoperatorias, Perforación intestinal, Necrosis.

Abstract

Appendectomy is among the most common operations worldwide. Stump appendicitis is a rare postoperative complication caused by inflammation of the residual appendiceal stump. Owing to its low frequency (≈1 in 50,000) and the tendency not to consider it after prior appendectomy, diagnosis is often delayed (1)(2)(7). Delay increases the risk of stump gangrene, cecal perforation, and peritonitis (2)(9). We report a case of appendiceal stump necrosis as an unusual cause of acute abdomen after laparoscopic appendectomy. Case: A 73 year old woman with rheumatoid arthritis and JAK2 positive essential thrombocythemia (on hydroxyurea and aspirin) had a prior laparoscopic appendectomy for acute fibrinopurulent, non perforated appendicitis. She re presented with abdominal pain and obstructive symptoms. CT demonstrated dilated small bowel loops with a transition point in the distal ileum, pneumoperitoneum, and extraluminal gas

Información del manuscrito:
Fecha de recepción: 05 de mayo de 2025.
Fecha de aceptación: 15 de julio de 2025.
Fecha de publicación: 21 de agosto de 2025.

near the ileocecal region. Exploratory laparotomy revealed an internal hernia due to adhesions (approximately 240 and 390 cm from the ligament of Treitz) with necrosis of the appendiceal stump and a fistulous opening in the cecum causing pelvic peritonitis. Management included adhesiolysis, debridement of the necrotic stump, primary cecal repair with PDS 3 0, ileal enterorrhaphy with Prolene 3 0, copious peritoneal lavage, placement of a pelvic SUMP drain. Broad spectrum antibiotics and supportive care led to an uncomplicated recovery; the patient remained asymptomatic on follow up. Conclusions: Appendiceal stump necrosis is rare but serious. Clinicians should include stump appendicitis in the differential diagnosis of right lower quadrant pain in post appendectomy patients—particularly after complicated index surgery—to enable timely imaging and surgical treatment and to prevent severe sequelae (1)(2)(7)(9).

Keywords: Stump appendicitis, Appendectomy, Postoperative complications, Intestinal perforation, Necrosis.

1. Introducción

La apendicitis aguda es una causa frecuente de abdomen agudo, con una probabilidad de por vida cercana al 7%, y cuyo tratamiento estándar es la apendicectomía (3) (6). La apendicitis del muñón apendicular se define como la recurrencia de inflamación en el remanente del apéndice tras una apendicectomía incompleta (6) (7) (12). Es una condición infrecuente —se estima una incidencia de ~1 por cada 50.000 apendicectomías— pero probablemente subdiagnosticada en la literatura (7) (9) (12). Suele presentarse desde días hasta décadas después de la cirugía inicial; se han descrito casos desde pocas semanas hasta 50 años post-apendicectomía (6) (12). Diversos factores predisponen a su aparición, como un muñón apendicular remanente >5 mm (especialmente >20 mm), posiciones anatómicas atípicas del apéndice (retrocecal, subseroso) o apéndices accesorios, así como dificultades técnicas durante la cirugía índice (inflamación local severa, identificación imprecisa de la base cecal) (9) (13). Debido a que muchos clínicos no consideran la apendicitis del muñón en el diagnóstico diferencial de pacientes con dolor en cuadrante inferior derecho y antecedente de apendicectomía, el diagnóstico suele retrasarse (1) (7) (15). Esta demora conlleva un mayor riesgo de complicaciones: hasta ~70% de los casos se diagnostican en fase de perforación y peritonitis (2) (9). Entre las complicaciones descritas se incluyen abscesos locales, peritonitis generalizada e incluso necrosis del ciego adyacente (2) (5) (9). Reportamos el caso de una paciente con necrosis y perforación del

muñón apendicular cuatro meses después de una apendicectomía laparoscópica, enfatizando los retos diagnósticos y la necesidad de un manejo oportuno de esta complicación inusual.

2. Presentación del caso

Se trata de una paciente femenina de 73 años de edad con antecedentes de artritis reumatoide (en tratamiento con leflunomida) y trombocitemia esencial JAK2 positiva en manejo con hidroxiurea y ácido acetilsalicílico. Como antecedentes quirúrgicos, presentaba una colecistectomía abierta y una apendicectomía laparoscópica reciente. En esa ocasión, la paciente consultó por un cuadro de dolor abdominal progresivo de 3 días de evolución, inicialmente localizado en epigastrio, acompañado de múltiples episodios de vómito de contenido alimentario (uno de ellos con rastros hemáticos) y ausencia de deposiciones. Al examen físico se encontraba hemodinámicamente estable, afebril y sin datos de respuesta inflamatoria sistémica. El abdomen estaba blando y depresible, sin signos claros de irritación peritoneal, aunque había dolor difuso a la palpación profunda con ruidos intestinales disminuidos. No se palpaban masas ni visceromegalias, y el tacto rectal fue negativo para sangrado.

Los exámenes de laboratorio iniciales mostraron hemoglobina 18 g/dL, leucocitos 13.000/µL (neutrófilos 92%) y plaquetas 982.000/µL, sin alteraciones significativas en electrolitos ni función renal. Una radiografía abdominal simple evidenció múltiples niveles hidroaéreos con presencia de gas distal, sugerente de íleo u obstrucción intestinal parcial. La ecografía abdominal mostró dilatación marcada de asas delgadas con líquido interasa, en patrón oclusivo, sin hallazgos de colelitiasis y con mala visualización de páncreas por meteorismo. Con este panorama clínico de obstrucción intestinal subaguda sin signos claros de peritonitis, se instauró manejo inicial conservador: ayuno, sonda nasogástrica (con abundante drenaje de contenido gastrointestinal), fluidoterapia intravenosa, analgesia y protección gástrica, bajo observación estrecha.

Se indicó realizar una tomografía contrastada de abdomen para mayor evaluación.

A las pocas horas, ante la persistencia del dolor abdominal y la falta de mejoría, el equipo decidió llevar a la paciente a cirugía. Se decidió realizar laparoscopia exploratoria y apendicectomía. Intraoperatoriamente, se encontró un apéndice cecal en fase fibrinopurulenta, sin perforación, de base ancha que requirió doble ligadura con seda 0 a nivel proximal, se intentó clipaje con hemolook sin ser exitoso por lo que se colocó una tercera ligadura con seda 0 y posteriormente se cortó entre las mismas. A nivel de base apendicular se realizó refuerzo con ligadura transfixiante de vicryl 3.0. Se hace exceresis de pieza quirúrgica para envió a patología. Durante la disección del mesoapéndice presentó sangrado de la arteria apendicular no controlable con electrocauterio, que se controló con dos clips metálicos y ligaduras; Finalizó el procedimiento con verificación de hemostasia. Diagnóstico posoperatorio: apendicitis aguda no perforada. La paciente evolucionó favorablemente tras la cirugía, con resolución del cuadro obstructivo. El informe de patología confirmó apendicitis aguda fibrinopurulenta no perforada y signos de peritonitis fibrosa focal en la muestra de peritoneo. Fue dada de alta tras una recuperación postoperatoria sin eventos adversos, con seguimiento ambulatorio por el servicio de cirugía general.

Evolución diagnóstica y reintervención

Cuatro meses después de la apendicectomía, en marzo de 2023, la paciente reingresó por un nuevo cuadro de obstrucción intestinal. Refería cuatro días de dolor abdominal difuso de alta intensidad, esta vez asociado a ausencia completa de eliminación de flatos y heces, náuseas persistentes y marcada distensión abdominal; en esta ocasión no presentó vómitos francos. Al examen físico se observó un abdomen francamente distendido, con ruidos peristálticos presentes pero disminuidos. Llamativamente, no había signos de irritación peritoneal ni defensa abdominal, aunque la palpación profunda generaba malestar difuso. Los signos vitales se mantuvieron dentro de parámetros normales

(presión arterial ~120/60 mmHg, frecuencia cardíaca 60–90/min, temperatura 36.2 °C) y la paciente estaba alerta, hidratada y afebril.

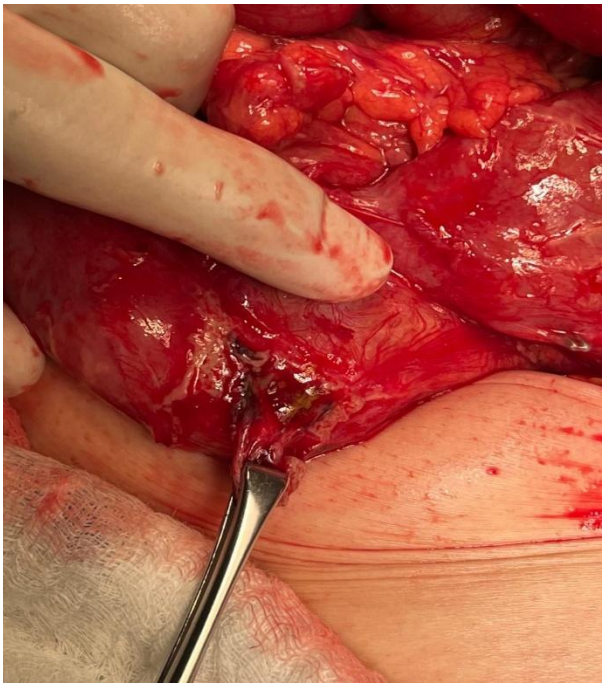
Los exámenes de laboratorio al reingreso mostraron una leucocitosis leve de 12.150/µL con neutrofilia (91%), sin desviación izquierda marcada; hemoglobina 19.9 g/dL, hematocrito 64% (valores elevados atribuibles a su enfermedad mieloproliferativa), plaquetas 906.000/µL, y función renal y electrolitos dentro de límites aceptables. Una radiografía abdominal simple reveló ausencia de aire en colon distal, dilatación de asas de intestino delgado con un posible "asa centinela", y abundante contenido fecal en colon proximal, hallazgos sugerentes de obstrucción intestinal de intestino delgado alta.

Dada la historia de apendicectomía reciente, se consideraron diagnósticos como bridas postquirúrgicas o alguna complicación tardía inusual de la cirugía previa. Se realizó una tomografía abdominopélvica contrastada de emergencia, cuyos hallazgos fueron concluyentes: se evidenció una marcada distensión de asas de intestino delgado con un punto de transición a nivel del íleon distal (cercano a la válvula ileocecal), asociado a neumoperitoneo subdiafragmático bilateral y un foco de aire extraluminal adyacente a la región ileocecal, sugerente de colección o perforación en ese sitio. Estos hallazgos indicaron la perforación de una víscera hueca a nivel del íleon terminal o ciego, en el contexto de obstrucción intestinal y probable isquemia local. Frente a la evidencia de perforación intestinal en la imagen, se decidió una intervención quirúrgica de emergencia mediante laparotomía exploratoria.

Durante la laparotomía se identificaron hallazgos inusuales que explicaban tanto la obstrucción como la perforación. Se encontró una herniación interna de asas del intestino delgado provocada por bandas adherenciales (bridas) en la región ileocecal, aproximadamente a 240 cm y 390 cm distales al ángulo de Treitz, coincidiendo con el lecho quirúrgico de la apendicectomía previa. La hernia interna causó el estrangulamiento de las asas intestinales delgadas, y la necrosis del muñón apendicular fue causada

probablemente por la presión de la sutura con que se ligó durante la apendicetomía laparoscópica (seda), que además se complicó con la formación de un orificio fistuloso (perforación) en dicho muñón. Se observaba salida de contenido intestinal a la cavidad a través de la perforación cecal, ocasionando una peritonitis localizada en la pelvis. Además, se encontró una pequeña área de isquemia con desgarro/perforación incipiente en un asa ileal proximal al sitio de la brida adherencial. No se evidenciaron otras lesiones en el colon ni en órganos sólidos.

Figura 1. *Muñón apendicular necrótico con perforación; obsérvense bordes irregulares necróticos, exudado fibrinopurulento y serosa hiperémica adyacente (el separador delimita el margen inferior del defecto).*



Ante estos hallazgos, se procedió a liberar las adhesiones que causaban la hernia interna y a resolver las lesiones identificadas (descritas en detalle en la siguiente sección). La cirugía transcurrió sin complicaciones, con mínima pérdida sanguínea (~20 mL). El diagnóstico final intraoperatorio fue de obstrucción intestinal por hernia interna con perforación cecal secundaria a necrosis del muñón apendicular, es decir, una complicación tardía poco común de la apendicectomía laparoscópica. La paciente quedó hospitalizada por cirugía general en sala de recuperación donde permanecio hemodinámicamente estable. Se indicó manejo médico posoperatorio

con cuidados de herida y dren SUMP, nutrición parenteral por CVC y analgesia.

Intervención terapéutica

Se procedió a la resección y desbridamiento del tejido necrótico en la base cecal, eliminando por completo el muñón apendicular remanente. El defecto resultante en la pared del ciego, de aproximadamente 1 cm de diámetro, se cerró en dos planos mediante sutura primaria: se colocaron puntos separados extramucosos de cierre de defecto cecal con PDS 3-0 en dos planos; enterorrafia de intestino delgado con Prolene 3-0 para la mucosa, reconstruyendo la integridad de la pared cecal. Al finalizar la reparación, la zona mostró adecuada perfusión, por lo que no se consideró necesario realizar una hemicolectomía derecha.

En cuanto al intestino delgado, se liberó el asa ileal herniada seccionando la brida causante y se identificó un pequeño desgarro seromuscular (~2 cm) en la pared del íleon proximal isquémico. Este defecto ileal se reparó con sutura primaria en dos capas (capa seromuscular y mucosa). Se realizó una cuidadosa exploración del resto de la cavidad abdominal, sin encontrar otras perforaciones ni lesiones adicionales.

Tras completar las reparaciones, se lavó profusamente la cavidad peritoneal con solución salina tibia, hasta obtener un retorno limpio. Se colocó un drenaje tubular tipo sump en la fosa ilíaca derecha para evacuación de fluidos residuales. Finalmente, se cerró la pared abdominal por planos anatómicos convencionales.

Debido a la peritonitis pélvica secundaria a la perforación cecal, la paciente continuó hospitalizada en sala; permaneció hemodinámicamente estable y recibió antibioticoterapia con ampicilina/sulbactam y metronidazol, además de cuidados del dren SUMP y soporte nutricional por CVC

Evolución y seguimiento

La paciente quedó hospitalizada en piso por Cirugía General. En el postoperatorio inmediato se consignó estabilidad clínica. Se indicaron ampicilina/sulbactam 3 g IV cada 6 h y metronidazol 500 mg IV cada 8 h, Inicialmente la paciente

recibió nutrición parenteral por catéter venoso central yugular derecho. Se mantuvo dren tipo SUMP, descrito como funcional con escaso drenaje serohemático. Posteriormente la evolución transcurrió hacia la mejora sin reintervenciones quirúrgicas y la paciente egresó sin ninguna complicación, con analgesia oral y control por Cirugía ambulatorio, Este curso clínico favorable sugiere que la intervención oportuna y el manejo adecuado de la necrosis del muñón apendicular permitieron prevenir secuelas graves como sepsis persistente o fístulas enterocólicas. La paciente otorgó consentimiento informado para la publicación de su caso, reconociendo la relevancia académica de difundirlo.

3. Resultados y discusión

La apendicitis del muñón apendicular es una entidad bien documentada pero inusual, que representa un reto diagnóstico para el clínico (6) (7) (12). En la literatura se han reportado poco más de 150 casos en las últimas décadas (7) (8) (13). Su presentación clínica mimetiza a la de una apendicitis aguda típica: dolor en fosa ilíaca derecha, asociado con signos de irritación peritoneal y respuesta inflamatoria sistémica (fiebre, leucocitosis) (9) (6). En nuestro caso, el cuadro clínico fue indistinguible de una peritonitis apendicular ordinaria, excepto por el antecedente de apendicectomía. Este antecedente frecuentemente lleva a descartar una nueva apendicitis, contribuyendo al retraso diagnóstico (1) (7) (15). De hecho, revisiones señalan que muchos casos son inicialmente mal diagnosticados como gastroenteritis, estreñimiento, diverticulitis cecal u otras patologías, prolongando el tiempo a la cirugía definitiva (9) (15) (6). Hendahewa et al. reportaron esta tendencia de diagnósticos erróneos frecuentes, con resultado de un intervalo prolongado hasta el tratamiento quirúrgico correcto (15).

Nuestro reporte ilustra esta dificultad: la paciente fue manejada inicialmente con la presunción de una perforación de víscera alta (ulcerosa), diagnóstico más común en su rango etario, demorando la consideración de apendicitis del muñón. En retrospectiva, la alta sospecha clínica apoyada por estudios de imagen es fundamental. La ecografía abdominal puede

sugerir un tubo residual en fosa ilíaca derecha o colección pericecal, pero el método diagnóstico de elección es la tomografía computarizada (9) (6) (12). Hallazgos tomográficos típicos incluyen inflamación de la región pericecal, engrosamiento del ciego o íleon terminal, líquido libre y, a veces, visualización directa del muñón apendicular engrosado con posible fecálito retenido (9) (12). En casos sutiles, una laparoscopia diagnóstica puede ser útil cuando persiste la duda diagnóstica pese a imágenes negativas (9). En el caso presentado, la TC inicialmente no fue interpretada como apendicitis del muñón, evidenciando la necesidad de difundir esta entidad para mejorar su reconocimiento.

Respecto a los factores predisponentes, se reconocen factores anatómicos y técnicos (quirúrgicos) (Tabla 2). En nuestro paciente, la apendicitis inicial fue perforada, lo cual es relevante: se ha descrito que la apendicitis complicada incrementa el riesgo de muñón residual debido a la difícil identificación del apéndice durante la cirugía de urgencia (3) (13). Dikicier et al. encontraron que 4 de 621 pacientes (0,64%) con apendicitis perforada a los que se realizó apendicectomía desarrollaron apendicitis del muñón posteriormente, una proporción mayor que en apendicitis no complicadas (3). En efecto, la presencia de intensa inflamación periapendicular en la cirugía inicial puede llevar a dejar un muñón más largo inadvertidamente o a comprometer la vascularización del remanente (3) (13). Otro hallazgo importante en nuestro caso fue la hernia interna por bridas, que posiblemente contribuyó a la isquemia local del muñón al traccionar el ciego o comprometer su riego, precipitando la necrosis. Si bien la hernia interna postquirúrgica es una entidad independiente, su concomitancia subraya las múltiples complicaciones posibles tras cirugías abdominales previas.

En la literatura se han publicado casos similares al nuestro (Tabla 1). Durgun et al. reportaron en 2003 un caso de apendicitis del muñón perforada a los 8 meses de una apendicectomía previa, cursando con peritonitis generalizada (5). También se han comunicado casos con necrosis del muñón y perforación cecal a pocos meses de

la cirugía índice, con desenlaces favorables tras laparotomía y resección del muñón (2) (9). A diferencia de muchos reportes en adultos jóvenes, nuestro caso resalta que esta complicación puede ocurrir en adultos mayores, población en la cual el diagnóstico diferencial incluye con mayor frecuencia diverticulitis cecal, enfermedad inflamatoria intestinal o patologías ginecológicas. La edad de nuestra paciente (73 años) se acerca al límite superior reportado (rango 8–80 años) (8), demostrando que ningún grupo etario con antecedente de apendicectomía está exento de esta entidad.

En cuanto al tratamiento, existe consenso en que se debe realizar apendicectomía del muñón remanente (también llamada reapendicectomía o apendicectomía de rescate). La mayoría de los casos publicados (≈72%) se han manejado mediante cirugía abierta tradicional, especialmente aquellos con peritonitis difusa, dado que proporcionan un adecuado acceso para lavado amplio (9) (12) (13). No obstante, en casos seleccionados con diagnóstico temprano y sepsis localizada, la resección laparoscópica del muñón es factible —con varias series reportando abordaje laparoscópico exitoso— y tiene la ventaja de una recuperación más rápida (9) (12). Cabe destacar que solo ~10% de los casos con muñón perforado han sido resueltos por vía laparoscópica, pues la mayoría requiere conversión a abierta por la inflamación severa (9) (12). En situaciones de daño cecal extenso o necrosis masiva, pueden requerirse resecciones mayores como ileocecectomía o hemicolectomía derecha (2) (9) (12). Además de la cirugía, es fundamental el manejo integral de la sepsis: fluidoterapia, soporte vasopresor si es necesario y antibióticos de amplio espectro dirigidos a flora intestinal (9) (12).

Otra arista importante es la prevención de esta complicación. Las técnicas quirúrgicas apropiadas durante la apendicectomía inicial son la clave para evitar un muñón patológico. Se recomienda identificar claramente la base apendicular y asegurar la ligadura completa del apéndice, idealmente dejando un muñón <5 mm (9) (12). Algunos autores proponen que el uso de dispositivos de cierre mecánico

(sutura mecánica o endograpadora) puede reducir la longitud del muñón remanente y, así, disminuir la incidencia de apendicitis residual (9) (12). Aunque históricamente se sugirió que la apendicectomía laparoscópica podría asociarse a mayor riesgo de muñón residual por visibilidad limitada en cirugías inflamadas, estudios no evidencian un aumento significativo cuando la técnica laparoscópica se realiza meticulosamente; de hecho, Liang et al. reportaron que la incidencia de stump appendicitis tras una apendicectomía laparoscópica estándar fue menos de la mitad comparada con la técnica abierta tradicional (12). En suma, más que el método (abierto vs laparoscópico), la exposición completa del apéndice y la resección hasta su base cecal son los factores determinantes para prevenir esta complicación (3) (9) (12).

Nuestro reporte añade evidencia a la literatura existente de que la apendicitis del muñón puede presentarse incluso pocos meses después de la cirugía inicial, particularmente cuando aquella fue complicada. Resalta la necesidad de mantener un índice alto de sospecha: ante todo paciente con dolor en cuadrante inferior derecho y antecedente de apendicectomía (sin importar el tiempo transcurrido), deben considerarse diagnósticos como apendicitis del muñón o lesiones del ciego en la evaluación diferencial (1) (2) (9). Un diagnóstico temprano permite una intervención quirúrgica oportuna antes de que ocurra la perforación. Finalmente, desde el punto de vista académico, este caso refuerza la recomendación de seguir las guías de reporte de caso (p. ej., CARE) en la descripción detallada y sistemática de eventos clínicos inusuales, lo cual en este caso ha permitido extraer lecciones valiosas para la práctica quirúrgica (1) (9) (13).

Tabla 1. *Casos publicados de apendicitis del muñón con perforación cecal (selección de la literatura).*

Autores (año)	**Edad y sexo**	**Tiempo desde apendicectomía**	**Tipo de apendicectomía inicial**	**Complicación del muñón**	**Tratamiento realizado**
Durgun et al. (2003)	22 años, masculino	8 meses	Abierta (apendicitis gangrenosa)	Perforación del muñón; peritonitis generalizada	Laparotomía; resección de muñón; lavado (no se reportó necesidad de resección intestinal)
Manoglu et al. (2015)	34 años, femenino	4 meses	Laparoscópica (apendicitis perforada)	Necrosis del muñón con perforación cecal	Laparotomía; resección de muñón; sutura de ciego (hemicolectomía *no* requerida)
Basukala et al. (2022)	28 años, masculino	1 año	Abierta de emergencia (apendicitis aguda)	Perforación del muñón; absceso local	Laparotomía; apendicectomía del muñón; drenaje de absceso; lavado peritoneal
Nuestro caso (2023)	**73 años, femenino**	**4 meses**	**Laparoscópica (apendicitis perforada)**	**Necrosis isquémica del muñón; perforación cecal; peritonitis fecal**	**Laparotomía; resección de muñón necrótico; cierre primario de ciego; reparación intestinal; lavado**

Fuente: A partir de Durgun et al, Manoglu et al., Basukala et al.

Tabla 2. *Factores de riesgo para apendicitis del muñón apendicular, categorizados en anatómicos vs. quirúrgicos.*

Factores anatómicos	**Factores quirúrgicos**
• Apéndice retrocecal o subseroso (difícil visualización). • Apéndice **duplicado** o accesorio (variación congénita). • **Divertículo** en la base cecal simulando un apéndice residual.	• Inflamación local severa que dificulta identificar la base apendicular (ej. apendicitis perforada) • Resección incompleta por **miedo a lesionar el ciego**, dejando un muñón largo • Presencia de **fecalito** no removido, que puede actuar como nido de infección residual • Experiencia quirúrgica limitada o exposición inadecuada del apéndice durante la apendicectomía.

Fuente: A partir de Basukala et al. 2022.

En síntesis, la discusión de nuestro caso se alinea con la literatura existente y aporta consideraciones adicionales en un paciente de mayor edad. La identificación temprana de esta complicación permitió instituir el tratamiento adecuado antes de que ocurrieran daños irreversibles en

colon. Se enfatiza la importancia de la técnica quirúrgica meticulosa en la apendicectomía inicial para prevenir esta entidad, así como la necesidad de mantener un alto nivel de sospecha clínica posteriormente.

4. Conclusiones

La necrosis del muñón apendicular por apendicitis del muñón es una complicación postquirúrgica inusual, pero con potencial altamente mórbido (6) (7) (12). Un diagnóstico tardío suele derivar en perforación cecal, sepsis intraabdominal y necesidad de cirugías más extensas (2) (9) (15). Este caso clínico demuestra que incluso unos pocos meses después de una apendicectomía —particularmente si la cirugía índice fue por apendicitis complicada— puede presentarse un cuadro de abdomen agudo por recurrencia inflamatoria en el muñón remanente (3) (7) (12). Los clínicos deben considerar la apendicitis del muñón dentro del diagnóstico diferencial de dolor en cuadrante inferior derecho en pacientes apendicectomizados, sin descartarla basándose solo en el antecedente quirúrgico (1) (6) (7). El uso juicioso de la tomografía computarizada ante la sospecha adecuada permite confirmar el diagnóstico y planear una cirugía temprana, con lo cual es razonable esperar menos perforaciones y complicaciones asociadas (9) (13). Finalmente, para prevenir esta entidad, es esencial una técnica quirúrgica óptima en la apendicectomía inicial: identificar con claridad la base cecal y evitar dejar un muñón excesivo (3) (6) (7) (12). Difundir el conocimiento sobre esta rara complicación y reportar nuevos casos ayuda a mejorar su reconocimiento y manejo oportuno, reduciendo su impacto en la morbimortalidad postoperatoria.

Consideraciones éticas

Este manuscrito fue preparado siguiendo la guía CARE. La paciente aportó consentimiento informado por escrito para la publicación de su información clínica de forma anónima, con fines académicos. Se han suprimido o modificado los datos identificatorios para proteger la confidencialidad. Dado que se trata de un reporte de caso único retrospectivo, sin intervenciones experimentales, nuestro Comité de Ética Institucional determinó que no

requería aprobación formal Los autores declaramos que el manejo médico y quirúrgico de la paciente se realizó conforme a los estándares éticos y protocolos asistenciales vigentes, velando por su bienestar en todo momento.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este manuscrito. No se recibió financiamiento específico para la realización de este reporte de caso.

Bibliografía

1. Cesare Pérez S. Apendicitis del muñón, pronto diagnostico en el servicio de emergencias. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de abril de 2023;8(4):e1027. https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/1027

2. Basukala S, Pathak BD, Pahari S, Gurung S, Basukala B, Rayamajhi BB, Thapa N. An unusual case of perforated stump appendicitis: A case report. Ann Med Surg (Lond). 2022 Mar 9;76:103447. doi: 10.1016/j.amsu.2022.103447. PMID: 35308435; PMCID: PMC8927796.

3. Dikicier E, Altintoprak F, Ozdemir K, Gundogdu K, Uzunoglu MY, Cakmak G, Onuray F, Capoglu R. Stump appendicitis: a retrospective review of 3130 consecutive appendectomy cases. World J Emerg Surg. 2018 May 24;13:22. doi: 10.1186/s13017-018-0182-5. PMID: 29849750; PMCID: PMC5968495.

4. Bastakoti A, Khatiwada A, Luitel P, Panthi B, Kc S, Kc S. Classic yet challenging case of stump appendicitis: a case report. Ann Med Surg (Lond). 2024 Oct 24;86(12):7427-7430. doi: 10.1097/MS9.0000000000002694. PMID: 39649854; PMCID: PMC11623884.

5. Durgun AV, Baca B, Ersoy Y, Kapan M. Stump appendicitis and generalized peritonitis due to incomplete appendectomy. Tech Coloproctol. 2003 Jul;7(2):102-4. doi: 10.1007/s10151-003-0018-4. PMID: 14605929.

6. Kanona H, Al Samaraee A, Nice C, Bhattacharya V. Stump appendicitis: a review. Int J Surg. 2012;10(9):425-8. doi: 10.1016/j.ijsu.2012.07.007. Epub 2012 Jul 27. PMID: 22846617.

7. Subramanian A, Liang MK. A 60-year literature review of stump appendicitis: the need for a critical view. Am J Surg.

2012 Apr;203(4):503-7. doi: 10.1016/j.amjsurg.2011.04.009. Epub 2011 Dec 6. PMID: 22153086.

8. Geraci G, Lena A, D'Orazio B, Cudia B, Rizzuto S, Modica G. A rare clinical entity: stump appendicitis. Case report and complete review of literature. Clin Ter. 2019 Nov-Dec;170(6):e409-e417. doi: 10.7417/CT.2019.2167. PMID: 31696901.

9. Leff DR, Sait MR, Hanief M, Salakianathan S, Darzi AW, Vashisht R. Inflammation of the residual appendix stump: a systematic review. Colorectal Dis. 2012 Mar;14(3):282-93. doi: 10.1111/j.1463-1318.2010.02487.x. PMID: 21054746.

10. Kumar A, Sharma A, Khullar R, Soni V, Baijal M, Chowbey PK. Stump appendicitis: A rare clinical entity. J Minim Access Surg. 2013 Oct;9(4):173-6. doi: 10.4103/0972-9941.118835. PMID: 24250064; PMCID: PMC3830137.

11. Awe JA, Soliman AM, Gourdie RW. Stump appendicitis: an uncompleted surgery, a rare but important entity with potential problems. Case Rep Surg. 2013;2013:972596. doi: 10.1155/2013/972596. Epub 2013 Apr 4. PMID: 23691424; PMCID: PMC3638532.

12. Liang MK, Lo HG, Marks JL. Stump appendicitis: a comprehensive review of literature. Am Surg. 2006 Feb;72(2):162-6. PMID: 16536249.

13. Casas MA, Dreifuss NH, Schlottmann F. High-volume center analysis and systematic review of stump appendicitis: solving the pending issue. Eur J Trauma Emerg Surg. 2022 Jun;48(3):1663-1672. doi: 10.1007/s00068-021-01707-y. Epub 2021 Jun 3. PMID: 34085112.

14. Hendahewa R, Shekhar A, Ratnayake S. The dilemma of stump appendicitis - A case report and literature review. Int J Surg Case Rep. 2015;14:101-3. doi: 10.1016/j.ijscr.2015.07.017. Epub 2015 Jul 26. PMID: 26255005; PMCID: PMC4573603.

15. Manoglu, Berke. (2016). A Rare Case: Appendectomy After Connected Stump Appendicitis Perforation of the Cecum. Journal of Clinical and Analytical Medicine. 6. 10.4328/JCAM.3623.