

Fístula apendicocutánea espontánea: excepcional modo de presentación de un caso de apendicitis aguda evolucionada

Spontaneous appendicocutaneous fistula: exceptional presentation of a case of advanced acute appendicitis

Cristina Dávila-Arias*, Yolanda Núñez-Delgado, María A. Valero-González, Paloma García-Villanova-Ruiz y José L. Martín-Rodríguez

Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada, España

Sr. Editor:

Presentamos el caso de un varón de 35 años sin demanda previa de asistencia sanitaria, que consulta por un cuadro de 3 años de evolución consistente en supuración crónica de bajo débito por un orificio fistuloso localizado en la pared abdominal, adyacente al hueso ilíaco, y dolor insidioso en la fosa ilíaca derecha.

El estudio de tomografía computarizada con contraste (Fig. 1) identificó el apéndice con un apendicólito, distensión del segmento distal, engrosamiento parietal y aumento de la captación de contraste en relación con cambios inflamatorios. Asimismo, se observaba reticulación de la grasa adyacente y un trayecto fistuloso que comunicaba la punta del apéndice con la superficie cutánea.

La apendicitis aguda puede evolucionar de forma insidiosa y excepcionalmente derivar en el desarrollo de un trayecto fistuloso secundario a la perforación primaria y no yatrogénica del apéndice inflamado hacia una superficie epitelial próxima, en nuestro caso cutánea puesto que se trata de una fistula enterocutánea. Este es el tipo de fistula entérica menos frecuente y algunos autores, por analogía con el empiema *necessitates*, la han denominado apendicitis *necessitates*¹. La localización variable de la apertura cutánea de la fistula está en relación con la posición variable de la punta del apéndice².

Las fistulas apendiculares más frecuentes son las internas hacia vísceras huecas, en orden de frecuencia apendicovesicales, apendicointestinales (íleon, ciego, duodeno, colon ascendente y divertículo de Meckel) y apendicouterinas, mientras que las apendicocutáneas son sumamente raras^{2,3}.

Aunque en la mayoría de los casos las fistulas se preceden de abscesos subcutáneos que tras drenar a la piel tienden a perder el trayecto fistuloso con la luz intestinal¹, su persistencia, como en este caso, se debe a la presencia de un apendicólito, un tumor carcinoide o una tuberculosis que impiden el cierre espontáneo^{2,4}.

Conflicto de intereses

Los autores refieren no tener conflictos de intereses.

Financiamiento

Los autores declaran no tener fuentes de financiamiento.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han

Correspondencia:

*Cristina Dávila Arias

Maestro Montero 21

C.P. 18004, Granada, España

E-mail: crisdavilaarias@yahoo.es

0009-7411/© 2020 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 16-02-2020

Fecha de aceptación: 26-04-2020

DOI: 10.24875/CIRU.20000098

Cir Cir. 2021;89(4):563-564

Contents available at PubMed

www.cirugiacircujanos.com

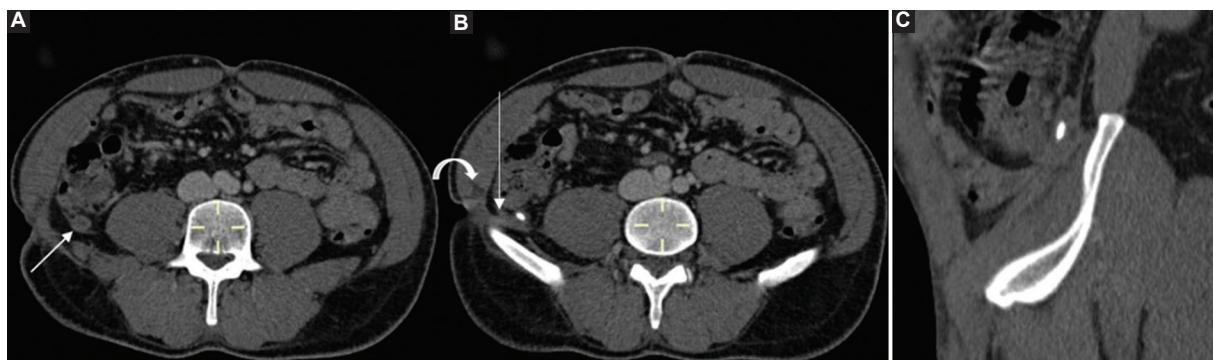


Figura 1. Imágenes de tomografía computarizada con contraste intravenoso en fase venosa. **A:** imagen axial que muestra el segmento distal del apéndice distendido, con pared engrosada e hipercaptante. **B:** imagen axial en un corte justo proximal al anterior que muestra el apendicolito hiperdenso y permite identificar el trayecto fistuloso (flecha recta) que se extiende desde el apéndice hasta la superficie cutánea; puede verse también una pequeña colección abscesificada en la musculatura adyacente (flecha curva). **C:** imagen sagital en la que se aprecia la localización retrocecal ascendente del apéndice, con el apendicolito y la distensión del segmento apendicular distal.

realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Singal R, Gupta S, Mittal A, Gupta S, Singh M, Dalal AK, et al. Appendico-cutaneous fistula presenting as a large wound: a rare phenomenon — brief review. *Acta Med Indones.* 2012;44:53-6.
2. Singh MP, Samaiya A, Sainia TK, Saxena A. Spontaneous appendico-cutaneous fistula: an unusual presentation of retroperitoneal appendicular perforation associated with psoas abscess. *J Surg Case Rep.* 2016;2016:rjw112.
3. Nanni G, Bergamini C, Bertoncini M, Nanni G. Spontaneous appendico-cutaneous fistula: case report and literature review. *Dis Colon Rectum.* 1981;24:187-90.
4. Kjellman T. Appendiceal fistula and calculi: review of literature and a report of three cases. *Acta Chir Scand.* 1957;113:123-39.