

MUÑÓN APENDICULAR SIMULANDO LESIÓN POLIPOIDEA. DIFERENCIACIÓN MEDIANTE CROMOENDOSCOPIA.

J.M. Pérez-Pozo, F. Martínez-Alcalá, F. Martínez-Alcalá García

Centro Andaluz de Gastroenterología Integral. Sevilla. España.

Caso Clínico

Paciente varón de 53 años, apendicectomizado, sin otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Remitido desde otro centro, al detectar en colonoscopia rutinaria de screening colorrectal, una posible lesión polipoidea en fondo de saco cecal. Se realiza colonoscopia para valorar polipectomía apreciando a nivel de fondo de saco cecal, en región de teórica fosa apendicular, lesión pseudopolipoidea de superficie lisa y regular (**figura 1**). Ante la sospecha de que realmente se trate del muñón apendicular evertido durante cirugía, se procede a teñir la zona con índigo carmín, apreciando una delimitación nítida de la lesión respecto a la mucosa adyacente, presentando una superficie lisa y regular, sin evidencia de patrón adenomatoso (**figura 2**). Se desiste de realizar polipectomía biopsiando la zona, que confirma la presencia de muñón apendicular.

Comentarios: la visualización del orificio apendicular es uno de los principales indicadores de calidad de la colonoscopia. Además el examen exhaustivo de este área nos puede permitir diagnosticar, y en algunos casos tratar, algunas patologías, como los pólipos adenomatosos apendiculares, cuyo comportamiento biológico es similar a los del resto del colon, por tanto con el mismo potencial premaligno. La polipectomía en esta zona, sin embargo, plantea varios problemas, como la dificultad de valorar adecuadamente los



Figura 1

Pseudopólipo de fondo de saco de ciego. Muñón de apendicectomía. Confirmado histológicamente.

bordes de resección, el mayor riesgo de perforación por el menor grosor de la capa muscular y la posibilidad de confusión con otras patologías, como la intususcepción apendicular o la presencia de un muñón evertido tras cirugía, desaconsejando algunos autores por este motivo, el tratamiento endoscópico de estas lesiones^{1,2}. En este sentido la cromoendoscopia con índigo carmín puede ser de gran utilidad para delimitar y tipificar adecuadamente estas lesiones. El índigo carmín es una tinción de contraste, no absorbida por el epitelio, de color azul, que se deposita en las irregularidades epiteliales, acentuando las elevaciones y depresiones. Puede ser usado con el endoscopio

CORRESPONDENCIA

J.M. Pérez-Pozo
Plaza del Saltillo, 5
41410. Carmona. Sevilla.

jmperezpozo@terra.es



Figura 2

Pseudopólipo de fondo de saco de ciego, teñido con índigo carmín. Corresponde al muñón de apendicectomía, tras la introducción del cirujano.

convencional o de magnificación y además de utilizarse para valorar y delimitar los pólipos de colon, se puede usar para evaluar la atrofia vellositaria en la enfermedad celíaca, los cambios displásicos en la colitis ulcerosa, las lesiones gástricas, los márgenes de lesiones pre y post resección endoscópica así como pequeñas lesiones no valorables por endoscopia convencional^{3,4,5}. En nuestro caso resultó muy útil para la diferenciación entre el muñón apendicular evertido y una posible lesión adenomatosa, evitando así cualquier tipo de actuación, que resultaría yatrógena.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sakamoto I, Watanebe S, Sakuma T et al. Intramucosal Adenocarcinoma of the Appendix: How to Find and How to Treat. *Endoscopy* 2003; 35: 785-787
2. Fazio RA, Wickremesinghe PC, Arsuru EL et al. Endoscopic removal of an intussuscepted appendix mimicking a polyp: an endoscopic hazard. *Am J Gastroenterol* 1982; 77: 556-558
3. Canto MI. Staining in gastrointestinal endoscopy: the basics. *Endoscopy* 1999; 31: 479-86.
4. Fujii T, Hasegawa R, Saitoh Y, et al. Chromoscopy during colonoscopy. *Endoscopy* 2001; 33: 1036-1041.
5. Eisen G. Chromoendoscopy of the colon. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2004; 14: 453-460.