

# EVOLUCIÓN Y DIAGNÓSTICO ATÍPICO DE LA APENDICITIS AGUDA

M. Eisman-Hidalgo<sup>1</sup>, Y. Núñez-Delgado<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Alta Resolución de Loja, Granada.

<sup>2</sup>Hospital de Poniente, El Ejido, Almería.

## Resumen

El dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias<sup>1</sup> y la apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente en nuestro medio<sup>2</sup>. El diagnóstico de ésta entidad sigue siendo eminentemente clínico<sup>1, 2</sup>, si bien las graves consecuencias en la demora de su diagnóstico<sup>3</sup> y el avance tecnológico, ha supuesto que las pruebas de imagen tengan un papel fundamental en la práctica clínica diaria. Describimos el caso de una apendicitis aguda con presentación y evolución atípica, la cual pasó desapercibida en el servicio de urgencias, evolucionando hacia un plastrón apendicular que no fue detectado hasta seis meses después.

**Palabras clave:** Apendicitis aguda atípica, plastrón apendicular, causas de dolor en fosa iliaca derecha.

## Abstract

Abdominal pain is one of the most frequent reasons for emergency service consultations<sup>1</sup>. and acute appendicitis is the

most common emergency abdominal surgery in our area<sup>2</sup>. The diagnosis of this entity remains being primarily clinical<sup>1, 2</sup>, although the serious consequences caused by the delay in its diagnosis<sup>3</sup> and technological advances have made imaging tests to play a key role in daily clinical practice. We report the case of acute appendicitis with atypical presentation and evolution, which went unnoticed in the emergency service, evolving into an appendicular mass that was not detected until six months later.

**Keywords:** Atypical acute appendicitis, appendicular mass, causes of pain in the right iliac fossa.

## Caso clínico

Paciente de 36 años que acude para la realización de ecografía abdominal de manera programada, solicitada por su médico de Atención Primaria, para el estudio de dolor recurrente en hemiabdomen derecho de meses de evolución, asociado ocasionalmente a diarrea. La paciente refería que había comenzado con dolor periumbilical junto a diarrea y fiebre de hasta 38,5º, por lo que acudió al Servicio de Urgencias, donde tras realizarle una analítica en la que solo llamaba la atención la presencia de una PCR elevada (139,89mg/L), fue diagnosticada de gastroenteritis aguda, y tratada con antibioterapia (ciprofloxacino) y analgesia a demanda.

### CORRESPONDENCIA

Macarena Eisman Hidalgo  
C/Fray Luis de León 2, 6ºE, esc izquierda  
18004 Granada

macarenaeisman@hotmail.com



**Figura 1**

A y B. Imagen axial y longitudinal del apéndice vermiforme (flecha blanca) con engrosamiento parietal y líquido libre adyacente. C. Imagen ecográfica de los cambios inflamatorios periapendiculares (estrella roja). D. Imagen TC con contraste IV, donde se identifica el íleon terminal (flecha roja) situado por delante del apéndice.

El estudio ecográfico de fosa iliaca derecha (FID) mostró una estructura tubular no compresible que se originaba en el borde medial del ciego y terminaba en dedo de guante, la cual presentaba un aumento de su calibre (11mm) en la mitad distal, con engrosamiento e hipocogenicidad parietal y aumento de la señal doppler color. Rodeándolo se apreciaban importantes cambios inflamatorios del tejido graso adyacente así como algunas adenopatías de aspecto inflamatorio de hasta 28x4mm, y mínima cantidad de líquido libre coleccionado (13mm) (Figura 1).

La identificación del íleon terminal fue dificultosa debido a los cambios inflamatorios antes descritos, si bien se concluyó que no presentaba alteraciones.

Se completó con TC abdominopélvico con contraste oral y contraste intravenoso, el cual confirmó los hallazgos visualizados por ecografía.

Con el diagnóstico de apendicitis aguda evolucionada con plastrón inflamatorio fue derivado al servicio de Urgencias para valoración y tratamiento quirúrgico.

La paciente en el momento del ingreso no presentaba dolor abdominal espontáneo ni fiebre, y en la exploración física solamente se apreciaba leve dolor a la palpación profunda de la fosa iliaca derecha (FID), sin signos de irritación peritoneal. La analítica mostró una discreta elevación de la PCR (14,08mg/L), si bien no existía leucocitosis ni neutrofilia. Fue sometida a laparotomía exploradora evidenciándose plastrón periapendicular. El informe de Anatomía Patológica (AP) informó de apendicitis aguda que afectaba al tercio distal con cambios inflamatorios de los tejidos adyacentes.

Tras la intervención, la paciente evolucionó satisfactoriamente, desapareciendo la sintomatología.

## Discusión

Si bien existen multitud de procesos que pueden confundirse con una apendicitis aguda y ocasionar un diagnóstico inicial erróneo<sup>1, 2</sup>, es muy infrecuente que el proceso quede enmascarado durante tanto tiempo como ocurrió en nuestro caso, en el cual la formación de un plastrón periapendicular aisló el proceso, seguramente debido a la edad de la paciente, y al uso de antibióticos<sup>1</sup> cuando se inició el cuadro.

La persistencia de los síntomas durante meses, junto a la ausencia de signos típicos de apendicitis como la irritación peritoneal, la fiebre y la leucocitosis, dificultó el diagnóstico clínico.

Desde un punto de vista ecográfico, el diagnóstico de una apendicitis aguda suele ser sencillo<sup>1</sup> (con una sensibilidad entre un 75-90% y una especificidad entre el 86-100%) siendo además muy útil en el diagnóstico diferencial detectando otras causas de dolor en FID (principalmente la patología anexial)<sup>1, 2</sup>.

En ocasiones la visualización ecográfica del íleon terminal normal puede llegar a ser difícil, debido a la interposición de gas intestinal o cuando existen marcados cambios inflamatorios periapendiculares. En estos casos puede ser de utilidad la realización de un TC para poder realizar el diagnóstico diferencial con la enfermedad inflamatoria intestinal complicada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Paulson E, Kalady M, Pappas T. Suspected Appendicitis. *N Engl J Med*; 2003, 348;3.
2. Crusellas A, Comas J, Vidal O, Benarroch G. Manejo y tratamiento de la apendicitis aguda. *JANO*; 2008, 1682:15-22.
3. Von Titte SN, McCabe CJ, Ottinger LW. Delayed appendectomy for appendicitis: causes and consequences. *Am J Emerg Med*.1996;14:620-2.