Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):7

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/281 - ¿APENDICITIS?... ¡IMPOSIBLE!

E. Valle Cruells[a], A. Ripoll Ramos[a], M. Gavagnach Bellsola[a], I. Santsalvador Font[a], J. Picó Font[a] e I. Fontcuberta Munáriz[b]

[a]Médico de Familia; [b]Enfermera. CAP Valldoreix. Sant Cugat del Vallès.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 42 años que acude a la Consulta por dolor abdominal en hemiabdomen inferior, de 48h evolución. Refiere episodios parecidos, con náuseas, desde hace 3 años. Explica que el día anterior, acudió a Urgencias de Centro Médico privado, donde se le practicó eco abdominal, y ante la sospecha de tubaritis D, ECO TV que fue normal. Tras la exploración en CAP, se decide derivar a Urgencias Hospital de referencia.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. Abdomen: blando y depresible, sin masas ni megalias. Blumberg negativo. Murphy negativo. Combur test negativo. En UCIAS Hospital de referencia, se realiza Analítica: normal excepto PCR 232, Sedimento urinario: negativo y TAC abdominal: normal.

Juicio clínico: Se mantiene ingresada para administración de tratamiento antibiótico ev. empírico y dado que en las siguientes horas no hay mejoría clínica ni analítica, se procede a apendicectomía laparoscópica, confirmándose el diagnóstico de apendicitis aguda flemonosa. AP: "apéndice cecal con grave infiltrado de PMN y exudado intraluminal con áreas de necrosis en pared apendicular".

Diagnóstico diferencial: Alteraciones del ciego: infecciones, tumores, TBC cecal; ileítis terminal; adenitis mesentérica; alteraciones colon D: tumores o inflamación; membranas o bridas peritoneales; inflamación duodenal; colecistopatías crónicas; afecciones renales: cólicos reno-ureteral o hidronefrosis; anexitis D: salpingitis, quistes o tumores.

Comentario final: La apendicitis crónica es un tema de discusión debido a que en general, no es aceptado como una entidad clínica independiente. La apendicitis crónica se considera un proceso apendicular que puede o no, presentar alteraciones histológicas crónicas y cuya evolución suele ser en brotes agudos o a lo largo del tiempo, o clínica de dolor de forma insidiosa, y que no son clínicamente equiparables a apendicitis aguda, pero son responsables de dolor crónico en FID y que curan con apendicectomía. Es importante escuchar al paciente y hacer una buena anamnesis. Quizás esta paciente, hace tiempo que estaría operada.

Bibliografía

1. Fayez JA, Toy NJ, Flanagan TM. The appendix as the cause of chronic lower abdominal pain. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1995;172:122-3.

2. Barber MD. McLaren J, Rainey JB. Recurrent appendicitis. British Journal of Surgery. 1997;84:110-2.

Palabras clave: *Dolor abdominal. Crónico. Urgencias.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.