



P-564 - ESQUISTOSOMIASIS APENDICULAR. UNA CAUSA RARA DE APENDICITIS AGUDA

Pardo López, Sara; Labro Ciurans, Meritxell; Sanchon Fructuoso, Lorena; Osorio Ramos, Alexander; Guariglia, Claudio Antonio; Gómez Díaz, Carlos Javier; Farré i Font, Roser; Collera Ormazábal, Pablo

Althaia Xarxa Assistencial de Manresa-Fundació Privada, Manresa.

Resumen

Introducción: Presentación de un caso clínico de esquistosomiasis apendicular y revisión de la literatura.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 31 años, natural de Mali, con antecedentes de paludismo en la infancia, 2 cesáreas por vía anterior y actualmente lactante de su tercer hijo. Acude por dolor en fossa ilíaca derecha de 12-24 horas de evolución sin otra sintomatología acompañante, con discreta elevación de la PCR y sin leucocitosis. La ecografía abdominal confirma la sospecha de apendicitis aguda y se realiza apendicectomía laparoscópica urgente. Posoperatorio sin complicaciones, siendo alta el primer día post-intervención. El análisis histopatológico de la pieza quirúrgica muestra la presencia de abundantes esquistosomas. La paciente es derivada finalmente a medicina interna, para realizar tratamiento antiparasitario con praziquantel cada 8 horas durante 2 días.

Discusión: La incidencia de esquistosomiasis en apendicectomías agudas es alrededor de 0,1-0,2% según la limitada bibliografía existente, llegando a ser de hasta 2,3% en estudios realizados en zonas endémicas. Sin embargo, en países desarrollados se trata de una infección poco común y apenas estudiada, por lo que es probable que la cifra real esté sobreestimada. La esquistosomiasis es una parasitosis debida a *Schistosoma mansoni* (África o Sudamérica), *japonicum* (Sureste asiático), ambos causantes de infestación a nivel intestinal; o *haematobium* (África y Oriente Medio), causante de la afectación genitourinaria. La transmisión es a través del contacto de la piel con aguas dulces contaminadas de las larvas infectivas o cercarias. En analítica puede encontrarse eosinofilia, típica de infestaciones por helmintos. Existen algunos signos radiológicos que pueden hacernos pensar en esta patología, como un diámetro mayor apendicular, calcificaciones a nivel de la pared del apéndice cecal, así como del colon sigmoide o del ciego. También se ha relacionado con signos de perforación o absceso. Estos pacientes deben ser tratados con praziquantel tras la intervención quirúrgica. Destacamos la importancia de realizar un análisis histopatológico del apéndice cecal tras una apendicectomía, ya que posibilita la detección de diagnósticos inusuales que puedan requerir cambios en el manejo posterior del paciente.