



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-416 - APENDICITIS AGUDA CAUSADA POR PERDIGONES

Laiz Díez, Beatriz<sup>1</sup>; García-Oria Serrano, Miguel Juan<sup>2</sup>; Lucena de la Poza, José Luis<sup>2</sup>; Bennazar Nin, Rosaura<sup>2</sup>; Muñoz Rodríguez, Joaquín Manuel<sup>2</sup>; González Alcolea, Natalia<sup>2</sup>; Jiménez Cubedo, Elena<sup>2</sup>; Sánchez Turrión, Víctor<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles; <sup>2</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda.

### Resumen

**Objetivos:** La apendicitis aguda es la causa más frecuente de cirugía urgente. La etiología más común es la obstrucción de la luz apendicular, por materia fecal, adherencias o hiperplasia linfoide. Sin embargo, es infrecuente la apendicitis aguda desencadenada por un cuerpo extraño. Por ello, presentamos el caso de una apendicitis aguda ocasionada por perdigones.

**Caso clínico:** Varón de 81 años con antecedentes quirúrgicos de funduplicatura de Nissen acude a Urgencias por dolor abdominal difuso, continuo, asociado a anorexia y ausencia de deposición de dos días de evolución. En la exploración física el abdomen es globuloso, doloroso de forma difusa, con signos de irritación peritoneal. Se solicita analítica urgente donde destaca una Cr de 1,7, 10.940 leucocitos con 9.650 neutrófilos, Hb 16,6. El resto de los parámetros analíticos se encuentran en el rango de la normalidad. En la radiografía de abdomen simple se observan 4 imágenes metálicas subcentrímetras agrupadas en pareja en línea media sin otros hallazgos de interés. Con estos hallazgos se realiza TC abdominopélvico donde se objetivan signos de apendicitis aguda perforada con dilatación de asas de intestino delgado en probable relación con íleo paralítico. Se observan dos imágenes hiperdensas de densidad metálica dentro de la luz apendicular. Con el diagnóstico de apendicitis aguda se decide cirugía urgente. Se realiza abordaje laparoscópico objetivando una apendicitis aguda gangrenosa perforada con peritonitis purulenta difusa. Se procede a apendicectomía y lavado y aspirado abundante de la cavidad abdominal. Tras apertura de la pieza quirúrgica se objetivan dos objetos metálicos subcentrímetras que parecen corresponder a perdigones. El estudio anatomopatológico informa como apendicitis aguda gangrenosa sin signos de malignidad. Durante el postoperatorio inmediato el paciente evoluciona favorablemente en UCI con mejoría de la función renal y sepsis. Es dado de alta a planta donde sufre episodio de íleo paralítico que es resuelto mediante tratamiento conservador. El paciente cumple pauta de antibioterapia y es dado de alta al 8º día postoperatorio asintomático y con normalización analítica.

Reinterrogado el paciente confirma consumo de carne producto de cacería hace años.

**Discusión:** La ingesta de cuerpos extraños es un problema habitual, más común en niños, presos y pacientes psiquiátricos. Habitualmente no requiere intervención quirúrgica y normalmente estos son expulsados de forma fisiológica. En raras circunstancias estos cuerpos extraños pueden enclavarse en el apéndice cecal tras su paso al ciego siendo muy difícil su expulsión de nuevo al colon. El tratamiento de elección tras la ingesta de cuerpos extraños es el tratamiento endoscópico. Si este no es posible se lleva a cabo una seriación radiológica. Sin embargo, del 1 hasta el 4% precisarán tratamiento quirúrgico con el fin de evitar o tratar complicaciones como la impactación o la perforación producida por el mismo. La apendicitis aguda ocasionada por la obstrucción de la luz apendicular por cuerpos extraños puede darse días, años o incluso

décadas tras la ingesta de los mismos. Por este motivo la apendicectomía profiláctica debe tenerse en cuenta ante los hallazgos de algún cuerpo extraño en la luz apendicular con el fin de evitar complicaciones.