



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

210/57 - Apendicitis del muñón apendicular en una paciente apendicectomizada

J.A. Caballero Cánovas^a, A. Zaragoza Ripoll^b, P. Cuadrado Guerrero^c, E. Marín Arranz^d, A. González Albert^e y C. Alfonso Cano^f

^aMédico Residente de 3^{er} año. Centro de Salud San Andrés. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Patricio Pérez. Torrevieja.

^cMédico Residente de 2^o año. Centro de Salud Espinardo. Murcia. ^dMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Espinardo. Murcia.

^eMédico de Familia. Centro de Salud Mariano Yago. Yecla. ^fMédico de Familia. Centro de Salud San Andrés. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Se trata de una paciente de 14 años que acude a la consulta de atención primaria por dolor abdominal. Como único antecedente personal destaca apendicectomía laparoscópica por apendicitis aguda gangrenosa retrocecal y subserosa hace 3 años. Clínicamente refiere dolor abdominal en epigastrio de evolución inferior a 12 horas que, inicialmente, se trata con analgesia. A las 24 horas acude nuevamente por intensificación del dolor e irradiación del mismo a flanco derecho. Se solicita analíticas de sangre y orina. Al día siguiente se reevalúa, objetivándose signos de peritonismo en fossa iliaca derecha (FID). Se deriva a urgencias hospitalarias para realización de pruebas de imagen, que describen cambios inflamatorios en FID. Se realiza exploración laparoscópica que muestra plastrón inflamatorio y muñón apendicular subseroso y retrocecal de características inflamatorias y gangrenosas, que se resecciona. Postoperatorio satisfactorio.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada. Buen estado general. Normotensa. Normohidratada. Normocoloreada. Afebril. Eupneica. Auscultación cardíaca y pulmonar sin ruidos patológicos. Dolor abdominal moderado en FID con defensa abdominal y rebote positivo en dicha zona y signos de Rovsing y del psoas positivos. Resto sin interés. Pruebas de laboratorio: bioquímica, hemograma, coagulación, enzimas hepáticas y pancreáticas normales, PCR 2,1 mg/dl y microhematuria (38 hematíes/campo). Ecografía abdominal: alteración de la grasa mesentérica, adenopatías y pequeña cantidad de líquido libre en FID. TAC abdomino-pélvico: aumento de densidad de la grasa en FID con múltiples adenopatías locales de hasta 14 mm e imagen hipercaptante adyacente a la sutura quirúrgica. Escasa cantidad de líquido libre.

Juicio clínico: Apendicitis aguda del muñón apendicular.

Diagnóstico diferencial: Adenitis mesentérica, cólico nefrítico, torsión o ruptura de quiste ovárico, pancreatitis aguda, cólico biliar.

Comentario final: La apendicitis aguda del muñón apendicular es una patología infrecuente caracterizada por la inflamación del remanente apendicular tras una apendicectomía incompleta. El retraso en el diagnóstico es frecuente, dado que no suele ser tenido en consideración por los antecedentes de apendicectomía y su baja incidencia, siendo lo habitual realizarlo en cuadros evolucionados e, incluso, en el propio acto quirúrgico. De ahí que la sospecha clínica tenga gran relevancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez JI, Roig J, Puig J, et al. Apendicitis del muñón: una rara patología. Rev Esp Enferm Dig. 2007;99:240-7.