Semergen. 2018;44(Espec Congr 5): 16

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

329/37 - EL APÉNDICE NO CONOCE EDADES. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Sánchez Herran[1], M. Gómez García[2], M. Barroso Delgado[3], B. Ricalde Muñoz[4], E. Bermejo Ruiz[5], A. Aleixandre Catala[6].

[1]Servicio Urgencias Atención Primaria (SUAP) Buelna. Cantabria. [2]Médico de Familia. SUAP Sardinero. Cantabria. [3]Médico de Familia. Centro de Salud Dávila. Cantabria. [4]Médico de Familia. Consultorio de Guriezo. Cantabria. [5]Médico de Familia. Consultorio Rural Valle de Villaverde. Cantabria. [6]Médico de Familia. SUAP Buelna. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Se trata de una mujer de 97 años que comienza hace 48 horas con dolor abdominal difuso asociado a náuseas que no cedió a pesar de tratamiento con escopolamina en centro de salud. Acude de madrugada a urgencias del hospital porque el dolor se ha hecho más intenso y se ha localizado en flanco y fosa ilíaca derecha. No fiebre termometrada ni sensación distérmica. No cuenta síntomas urinarios. Y la última deposición ayer fue de aspecto normal. Destacar como antecedentes personales: HTA, dislipemia, anemia ferropénica, cardiopatía isquémica hace 20 años y en tratamiento habitual con atorvastatina 10 mg, olmesartán medoxomilo 20 mg, bromazepam 1.5 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada, buen estado general, el abdomen es blando, depresible y doloroso a la palpación en flanco y fosa ilíaca derecha, Blumberg negativo (signo del rebote), Rovsing + (palpación profunda de fosa ilíaca izquierda provoca dolor en fosa ilíaca derecha), no se palpan hernias y no hay signos de irritación peritoneal. Analítica: destacar leucocitosis en sangre (11.600/?l, granulocitos 9.140/?l, linfocitos 3.700/?l), hemoglobina 8,70 g/dl, hematocrito 27,70%, actividad de protrombina 66%, INR 1,38. Ecografía de abdomen completo es dificultosa y no se logra ver el apéndice y se completa el estudio con TAC abdominal: cambios inflamatorios y pequeña cantidad de líquido libre en fosa ilíaca derecha, observándose una estructura tubular con trayecto retrocecal ascendente e imagen densa puntiforme en su base que se interpreta como apendicitis aguda evolucionada con apendicolito y cambios inflamatorios secundarios. Se interviene quirúrgicamente (apendicectomía laparoscópica) con evolución postoperatoria favorable.

Juicio clínico: Apendicitis aguda evolucionada.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis aguda. Divertículo de Meckel. Enfermedad de Crohn. Hernia incarcerada. Pancreatitis aguda. Enfermedad inflamatoria pélvica. Diverticulitis cecal o sigmoidea. Colecistitis. Alteraciones ginecológicas (rotura de quiste ovárico, endometriosis, embarazo ectópico, torsión ovárica). Alteraciones urinarias (litiasis renal, infección del tracto urinario). Neumonía. Absceso del psoas ilíaco.

Comentario final: La apendicitis es la inflamación aguda del apéndice cecal y constituye la enfermedad intraabdominal más frecuente, con máxima incidencia en la pubertad y hasta los 30 años, aunque se puede producir a cualquier edad. La incidencia real de apendicitis aguda varía y el riesgo general de padecerla durante la vida es de un 6-20%. La incidencia en niños menores de 5 años y adultos mayores de 70 años es baja. Su causa es la obstrucción de la luz apendicular. La obstrucción ocasiona dilatación del apéndice,

proliferación bacteriana, isquemia y, si no se trata, necrosis y perforación. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, por lo que es importante una buena anamnesis y exploración física valorando los signos y síntomas clásicos: signo de Blumberg (dolor con la presión y descompresión en fosa ilíaca derecha [FID]), signo de Rovsing (dolor en FID con la presión-descompresión de FII), signo del psoas (dolor en FID por la extensión pasiva o flexión activa de la cadera derecha), signo del obturador (dolor en FID con la rotación interna pasiva con la extremidad flexionada).

Bibliografía

-Naya C. Apendicitis aguda. Guía clínica Fisterra. [Actualizado 14 junio 2016, citado 11 marzo 2018]. Disponible en https://www.fisterra.com/guias-clinicas/apendicitis-aguda/

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.