



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1521 - Apendicitis en niño de 2 años

J.C. Risco Solanilla^a, P. Chico Nieto-Sandoval^a, C. Flores Rivera^a, C. Cestero Venegas^a, M. Dorado Muñoz^b, Á.M. Berrocal Acevedo^b, A.V. Bazo Fariñas^c, D. Murillo García^d, A. Botejara Sanz^e y F. Robledo González^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz. ^bMédico de Familia. Área de Salud de Badajoz. Badajoz. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdeparillas. Badajoz. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ^eMédico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ^fEnfermera. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Niño de 2 años que hace 3 días inició con vómitos alimentarios; al día siguiente comienza con diarrea (8-9 episodios al día) y fiebre máx de 39,5 °C. Dolor abdominal e hiporexia. No síntomas urinarios. Diagnosticado hace dos días de síndrome emético y viriasis.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general. Palidez. Ojeroso. Mucosas húmedas. Signo del pliegue negativo. Buena perfusión distal; no exantemas ni petequias. Activo, reactivo. ORL: normal. Tórax: normal. Abdomen: globuloso, peristaltismo aumentado; dolor a la palpación generalizada. Pruebas complementarias. Al ingreso: EAB: pH: 7,41. PCO₂: 27,2. HCO₃: 17. Potasio: 43. Sodio: 142. Glucosa: 90. Hemograma, al ingreso: Hb: 12,6 g/dl. Hto: 37,3%. Leucocitos: 16.600. Neurófilos: 90,2%. Bioquímica, al ingreso: normal, salvo LDH 501. PCR 241 mg/l. Eco abdominal: asas dilatadas, líquido libre y engrosamiento de la masa mesentérica a nivel de FID compatible con plastrón apendicular. Ecografía abdominal control hospitalización: Colección hipoeocogénica de 24 × 16 mm, y en FID colección mixta en relación con absceso. Al alta: ecografía de abdomen (22/04/14): no se observan complicaciones. Analítica dentro de límites normales.

Juicio clínico: Abdomen agudo. Peritonitis.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis aguda, invaginación intestinal, apendicitis aguda, estenosis pilórica, vólvulo intestinal.

Comentario final: Durante la observación en Urgencias continua con fiebre, mala tolerancia oral y regular aspecto general. Se solicitan ecografía abdominal que informan compatible con plastrón apendicular y líquido libre subhepático y en FID. Es valorado por Cirugía pediátrica quién indica tratamiento quirúrgico urgente. Postoperatorio en UCIPE: nutrición parenteral, fluidoterapia + antibioticoterapia y Analgesia I.V. Al 10º día P.O. presenta evolución tórpida con picos febriles y drenaje purulento; se instaura 2º ciclo antibiótico IV durante 9 días. Posteriormente buena evolución clínica. Herida quirúrgica de buen aspecto. Mejoría radiológica y analítica. Decidiéndose alta. El diagnóstico de apendicitis aguda en menores de cuatro años sigue siendo un reto. La elevada incidencia de perforaciones intestinales en este rango de edad, así como la formación de abscesos y otras complicaciones posoperatorias, estimula la búsqueda de herramientas para su diagnóstico precoz. Los síntomas y signos pueden diferir en estas edades, triplicando el riesgo de perforación apendicular y peritonitis. Los parámetros analíticos ayudan a descartar el diagnóstico, pero son poco

específicos. De similar manera, las pruebas de imagen suelen estar alteradas, aunque pocas veces son concluyentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Camiño E, Campillo i López F, Delgado Díez B, Ballesteros Moya E, Calle Gómez A, Martín Sánchez J. Apendicitis en menores de cuatro años. Identificación de signos, síntomas y parámetros analíticos y radiológicos hacia un diagnóstico precoz. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2014;16:213-8.
2. Mekhail P, Naguib N, Yanni F, Izzidien A. Appendicitis in paediatric age group: correlation between preoperative inflammatory markers and postoperative histological diagnosis. *Afr J Paediatr Surg*. 2011;8:309-12.
3. Brisighelli G, Morandi A, Parolini F, Leva E. Appendicitis in a 14-month-old infant with respiratory symptoms. *Afr J Paediatr Surg*. 2012;9:148-51.
4. Hennelly KE, Bachur R. Appendicitis update. *Curr Opin Pediatr*. 2011;23:281-5.