



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/120 - DÓNDE ESTÁ MI APÉNDICE

A. Cayuela López^a, A. Hernández Costa^b, E. Marín Arranz^c, L. Cabrera Sánchez^d, I. González Riquelme^e y M. Carrión Fernández^c

^aMédico Residente de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-San Andrés. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espinardo. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palmar. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera la Verde. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 64 años, con antecedentes personales de dislipemia, que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal súbito a nivel de hipocondrio y flanco derechos de 4 horas de evolución sin ninguna otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 113/71. Frecuencia cardiaca: 96 lpm. Temperatura: 36,7 °C. Exploración abdominal: dolor a la palpación en flanco derecho con defensa e irritación peritoneal a dicho nivel. Signo de Blumberg y Murphy negativos. No masas ni megalias. Peristaltismo conservado. Analítica sanguínea: urea 31, creatinina 0,71, sodio 140, potasio 42, PCR 2,71, amilasa pancreática 21, bilirrubina total 0,39, GPT 25, hemoglobina 13,2, hematocrito 38,2%, plaquetas 237, leucocitos 12,91. Sistemático de orina normal. Ecografía abdominal: vesícula distendida sin signos inflamatorios parietales. No líquido libre intraperitoneal. No se consigue observar apéndice cecal. Resto normal. Segunda ecografía abdominal: se aprecia en flanco derecho estructura tubular con extremo distal en fondo de saco dependiente de ciego, compatible con apéndice retrocecal con engrosamiento de su extremo distal y moderada cantidad de líquido libre. Asocia engrosamiento de íleon regional y aperistalsia.

Juicio clínico: Apendicitis aguda retrocecal.

Diagnóstico diferencial: Hepatitis, colelitiasis/colecistitis, dolor abdominal inespecífico.

Comentario final: La AA constituye la urgencia quirúrgica más común, siendo más frecuente en la adolescencia. Típicamente se inicia con dolor e irritación peritoneal en FID. Síntomas comunes son las náuseas, vómitos y fiebre, pero esta localización y síntomas típicos pueden verse modificados por localizaciones atípicas. Por otro lado la mortalidad de la AA es de hasta un 5% en formas complicadas pudiendo llegar a alcanzar una tasa de mortalidad del 70% en caso de ancianos, por lo que es muy importante tener en cuenta el estado del paciente a pesar de la normalidad de las pruebas complementarias (sobre todo al inicio del cuadro sintomático).

Bibliografía

1. García Cabezudo J, Montoro Huguet M, et al. Aproximación al paciente con dolor abdominal agudo (I y II). En: Montoro M, Bruguera M, Gomollón F, Santolaria S, Vilardell F. Principios Básicos de Gastroenterología para Médicos de Familia, 2ª ed. Jarpyo Editores. Madrid, 2002:751-82.

2. Montoro M. Dolor abdominal agudo. En: Montoro M, García Pagán JC, eds. Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología. Jarpyo Editores S.A. Madrid, 2010:79-91.
3. Kendall JL, Moreira M. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. Uptodate, 2011.

Palabras clave: Dolor abdominal. Apendicitis.