

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

424/449 - DOCTOR, ME DUELE MUCHO LA TRIPA

L. González González¹, M. Hernández Larrea², M. Rodríguez Prieto² y G. Preto Berdeja²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fermín. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Hombre, 20 años, apendicectomizado (2014), acude a consulta por dolor abdominal progresivo en hipogastrio, irradiado hacia fosa ilíaca derecha (FID) de 72h de evolución, últimas 24h asociando fiebre, náuseas y vómitos. Niega ingesta de alimentos en mal estado, ambiente epidemiológico, clínica miccional, ni cambios en hábito deposicional.

Exploración y pruebas complementarias: Febril (38,5 °C) frecuencia cardiaca: 92 lpm, tensión arterial: 109/70 mmHg. Facies álgica. Palidez mucocutánea, normohidratado, normoperfundido. Eupneico. **ABDOMEN:** Blando, depresible, dolor a la palpación en hipogastrio y FID. Ruidos hidroaéreos conservados, no peritonismo difuso, aunque Blumberg+, psoas+, punta-talón+, puñopercusión renal bilateral -. Sin masas ni megalias. Se observa cicatriz en punto McBurney. Analítica: destaca elevación de reactantes de fase aguda con PCR 7,5 mg/dl, leucocitosis 14.700/mm³ con desviación izquierda. Orina no patológica. Ecografía abdominal: marcada afectación inflamatoria en teórica región quirúrgica, líquido libre rodeando ciego que confluye formando colección.

Orientación diagnóstica: Nos encontramos ante un paciente con clínica y exploración compatible con apendicitis, pero apendicectomizado. Ante esta duda diagnóstica, utilizamos la Escala de Alvarado: Obtenemos 7/10 puntos (solamente faltando criterios analíticos), tratándose de una alta probabilidad. Ante estos hallazgos y descartándose otras etiologías, bajo la sospecha de apendicitis del muñón, se decide derivación urgente al Servicio de Urgencias para realización de pruebas complementarias. Confirmándose la sospecha y realizándose cirugía de urgencia.

Diagnóstico diferencial: Ileítis, adenitis mesentérica, tiflitis, anisakiasis, litiasis ureteral, pielonefritis, gastroenteritis aguda, intoxicación alimentaria.

Comentario final: La apendicitis del muñón, entidad infrecuente, pero a recordar en el diagnóstico diferencial del dolor en FID. No son pocas las apendicectomías que al no haberse resecado hasta la base del ciego recidivan. Con misma etiología que la apendicitis común, puede presentarse de forma aguda, subaguda y crónica, meses o años poscirugía. Además, aplicar la Escala de Alvarado, agrupación de síntomas, signos y datos analíticos, de fácil aplicabilidad, ayudará para apoyar/descartar la sospecha de apendicitis (sensibilidad: 90,7%, especificidad: 64,3%, valor predictivo positivo: 94% y valor predictivo negativo: 60%).

Bibliografía

1. Aschkenasy MT, Rybicki FJ. Acute appendicitis of the appendiceal stump. *J Emerg Med*. 2005;28:41-3.
2. Velázquez D, Godínez C, Vázquez V. Evaluación prospectiva de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de apendicitis aguda. *Cir Gral*. 2010;32(1):17-23.

Palabras clave: Apendicitis. Abdomen. Apendectomía.