

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

## 424/4088 - DOLOR EN FOSA ILÍACA DERECHA DE 12 HORAS DE EVOLUCIÓN

Á. Maqueda Vílchez<sup>1</sup>, M. Dorante Delgado<sup>2</sup>, M. Alba Magriz<sup>3</sup> y M. Portero Prados<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Sevilla.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de Consolación. Sevilla.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaira. Sevilla.<sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Sevilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 55 años que acude a consulta por dolor epigástrico irradiado hacia fosa ilíaca derecha de 12 horas de evolución, cuya intensidad había ido en aumento. Asociado a sensación de distensión abdominal y malestar general. Nauseas sin vómitos. No fiebre. No alteración del hábito intestinal.

**Exploración y pruebas complementarias:** Aceptable estado general, aunque se muestra afectada por el dolor. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación de fosa iliaca derecha, signo de Rovsing positivo, signo del Psoas positivo, no masas ni megalías, no signos de irritación peritoneal. Ante clínica y exploración compatible con posible apendicitis aguda se deriva a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias. En urgencias se realiza analítica en la que se objetivan 11.200 leucocitos/?L, 9.010 neutrófilos/?L, y PCR 15 mg/l. Rx abdomen normal. Ante persistencia de dolor abdominal con pruebas complementarias anodinas se decide dejar a la paciente en evolución con control analítico y ecografía en 24 horas. En dicho control destaca leve aumento de leucocitosis con PCR 30 mg/l. En ecografía abdominal: apéndice claramente engrosado (12 mm de diámetro) con contenido y apendicolito, que asocia rarefacción inflamatoria de la grasa periférica y discreta cantidad de líquido. Hallazgos compatibles con apendicitis aguda. Se contacta con Cirugía General que tras valoración del caso: indican intervención quirúrgica urgente realizando apendicetomía laparoscopia.

**Orientación diagnóstica:** Apendicitis aguda gangrenosa.

**Diagnóstico diferencial:** Colecistitis. Adenitis mesentérica. Ileítis aguda. Diverticulitis cecal.

**Comentario final:** La apendicitis es una de las causas más comunes de abdomen agudo y una de las indicaciones más frecuentes de cirugía urgente. La obstrucción apendicular por fecalitos, hiperplasia linfoide, procesos infecciosos y tumores, ha sido propuesta como la principal causa de apendicitis. La historia clínica y el examen físico son fundamentales para el diagnóstico, siendo los datos de laboratorio y las pruebas de imagen útiles para su confirmación. Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial ya que la apendicitis puede imitar prácticamente a cualquier proceso intraabdominal. El objetivo del tratamiento es el diagnóstico precoz y la intervención quirúrgica inmediata.

### Bibliografía

1. Rebollar GRC, García AJ, Trejo TR. Apendicitis aguda: Revisión de la literatura. Rev Hosp Jua Mex. 2009;76(4):210-6.

**Palabras clave:** Apendicitis. Dolor abdominal.