



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/467 - DOLOR ABDOMINAL TÍPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Moreno Obregón¹, F. Moreno Obregón² y L. Moreno Obregón¹

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Estepa. Sevilla.²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Cartaya. Huelva.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 48 años con antecedentes de hernia de hiato, gastritis crónica y esteatosis hepática. Tratamiento actual: omeprazol 20 mg/24h. Acude por dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha de 24 horas de evolución que se intensifica a la micción y deambulación acompañado de febrícula. Consulta de nuevo a las 48 horas por persistencia del dolor abdominal junto con náuseas y fiebre, por lo que se remite al Hospital.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. No ictericia. Abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha. Signos de Blumberg y Rovsing negativos sin signos de irritación peritoneal. En la exploración de la segunda consulta se palpa sensación de plastrón en todo hemiabdomen derecho y dudosa irritación peritoneal. En la analítica destaca leucocitos 13,69 mil/mm³ (80,6% neutrófilos) y PCR 56,7 mg/L. La radiografía de abdomen muestra abundantes heces en marco cólico. En ecografía destaca leve esplenomegalia, mínima cantidad de líquido libre en fosa ilíaca derecha y no se identifica el apéndice cecal. En TC abdomen se identifica el apéndice aumentado de grosor, sin luz en su interior junto con importante plastrón inflamatorio pericecal que se extiende a nivel retroperitoneal afectando a la cava. El apéndice está necrosado con un cálculo distal/appendicolito. Numerosas adenopatías locoregionales. Se ingresa en planta de Cirugía para tratamiento con imipenem 1 g/6h vía intravenosa y luego ceftriaxona 2 g/24h vía intravenosa junto a metronidazol 500 mg/8h vía intravenosa. En TC abdomen de control: apendicitis con tendencia a la abscesificación. Se decide intervención quirúrgica por colección no drenable realizándose appendicectomía laparoscópica.

Orientación diagnóstica: Apendicitis aguda.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda gangrenosa perforada, estreñimiento, adenocarcinoma de apéndice.

Comentario final: El cáncer de apéndice es muy raro. La mayoría de los casos se diagnostican tras someterse a una intervención quirúrgica por apendicitis aguda o cuando se observa una masa abdominal durante una tomografía computarizada (TC) por un proceso no relacionado.

Bibliografía

- Parrilla J, Landa I. Cirugía Asociación Española de Cirujanos, 2^a ed. Editorial Médica Panamericana, S.A. Madrid, 2010.

-
2. Ruoff C, Hanna L, Zhi W, Shahzad G, Gotlieb V, Saif MW. Cancers of the appendix: review of the literatures. ISRN Oncol. 2011;2011:728579.

Palabras clave: Dolor abdominal. Apendicitis. Estreñimiento.