



## P-616 - FORMAS DE PRESENTACIÓN RARAS DE LA APENDICITIS AGUDA. LAS CEBRAS TAMBIÉN EXISTEN

R. Ortega García<sup>1</sup>, S. Alonso Gómez<sup>2</sup>, E. Álvaro Cifuentes<sup>3</sup>, G. Supelano Eslait<sup>1</sup>, V. García Gutiérrez<sup>1</sup>, E. Rubio González<sup>1</sup>, M. Ortiz Aguilar<sup>1</sup> y M. Lomas Espadas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>2</sup>Hospital de la Zarzuela, Madrid. <sup>3</sup>Hospital Infanta Leonor, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La apendicitis aguda representa la patología quirúrgica más frecuente, afectando al 8% de la población occidental en algún momento de su vida. Aunque la gran mayoría de los casos entran dentro de las formas de presentación clásica, existe un pequeño porcentaje de casos con formas de presentación muy raras, de las que sólo existen casos aislados publicados.

**Casos clínicos:** Se presentan varios casos de formas de presentación muy poco frecuentes en la práctica clínica. Caso 1. Paciente varón joven, que acude a Urgencias por dolor en fosa iliaca izquierda (FII) de varios días de evolución, con fiebre y deterioro del estado general. Analíticamente destacaba una leucocitosis con neutrofilia. En las radiografías de tórax y abdomen se apreciaba una imagen especular en cuanto a la normalidad y los ruidos cardiacos sonaban más fuertes en el lado derecho, por lo que se solicita un TAC toracoabdominal que confirma el diagnóstico clínico de apendicitis aguda en un "situs inversus" completo. Caso 2. Paciente varón joven, que acude a Urgencias por dolor en epigastrio de 3 días de evolución, acompañado de vómitos y fiebre de hasta 39 °C. Analíticamente destaca una leucocitosis moderada-alta y una leve alteración de la coagulación. Se le realiza una ecografía en la que no se aprecia el apéndice ni datos indirectos de inflamación, por lo que se lleva a cabo un TAC que demuestra una malrotación intestinal con una apendicitis aguda en la FII. Caso 3. Paciente varón de edad media con el antecedente de apendicectomía en la infancia que acude a Urgencias por dolor en hemiabdomen derecho de 3 días de evolución junto con fiebre y defensa localizada en la exploración. Analíticamente destaca una leve leucocitosis. Se solicita una ecografía que encuentra una afectación de la grasa en FID, con algo de líquido libre. Se completa el estudio con un TAC que encuentra un plastrón inflamatorio en probable relación con una apendicitis del muñón perforada. Presentamos varios casos de formas muy poco frecuentes de presentación de la apendicitis aguda: en un "situs inversus", en una malrotación intestinal y en un muñón apendicular no resecado. Todos estos casos son muy raros y no se encuentran publicadas grandes series. Sin embargo, dado que la apendicitis aguda es la patología quirúrgica más frecuente, nos los podemos acabar encontrando en nuestra práctica. Y dado que cuanto más tarde se diagnostique mayor va a ser su morbilidad y mortalidad, debemos tener siempre en cuenta estas formas de presentación más raras en el diagnóstico diferencial de todo abdomen agudo.

**Discusión:** La apendicitis aguda debe estar siempre en el diagnóstico diferencial de todo dolor

abdominal agudo. A pesar de que el dolor no se localice en la FID o de que el paciente este apendicectomizado deberemos pensar en esta patología. Ante la duda diagnóstica deberemos utilizar pruebas de imagen, como el TAC, que nos pueden llevar al diagnóstico.