



P-633 - *ENTEROBIUS VERMICULARIS* COMO AGENTE CAUSANTE DE CUADRO APENDICULAR AGUDO

Hendelmeier, Alicia; de la Vega, María del Coral; Calvo Durán, Antonio Enrique; Mendoza Esparrell, Gloria María; Salas Álvarez, Jesús María; Campos Martínez, Francisco Javier; Arroyo Vélez, José Luis; Vega Ruiz, Vicente

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

Resumen

Caso clínico: Paciente de 14 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. MC: dolor abdominal intenso a nivel de fosa ilíaca derecha de 24 horas de evolución asociando náuseas sin vómitos. No fiebre. Tránsito intestinal conservado. Exploración: regular estado general, posición antiálgica. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación con plastrón a nivel de fosa ilíaca derecha que se extiende hasta hipogastrio con defensa. Analítica: PCR 13, resto de analítica sin alteraciones. Ecografía de abdomen: importante cantidad de líquido ascítico en pelvis y fosa ilíaca derecha, rodeando al ciego, donde muestra un aspecto coleccionado junto con un aumento de ecogenicidad mal definido de la grasa mesentérica, en relación con plastrón inflamatorio de unos 6 cm de diámetro máximo. En el seno de dicho plastrón parece apreciarse una imagen tubular de unos 15 cm, no compresible que termina en fondo de saco ciego y con imagen hiperecogénica en su interior que puede corresponder a un apendicolito. Hallazgos que orientan como primera posibilidad hacia apendicitis aguda. Cirugía: Inicio por laparoscopia con conversión a LMSIU por masa cecal de aspecto tumoral no desplazable que no permite su disección del parietocólico derecho. Se objetivan lesiones quísticas a nivel de FID dependientes de peritoneo. Anejos sin hallazgos. Realizamos resección ileocecal con anastomosis L-L manual. Se deriva para AP pieza quirúrgica y quistes peritoneales. AP: quistes mesoteliales con inflamación aguda y crónica sin evidencia de malignidad. Apendicitis granulomatosa transmural con extensión a fondo de saco cecal e íleon terminal, de posible origen infeccioso (visualizando *Enterobius vermicularis*), sin evidencia de malignidad (no se puede descartar que se trate de una EII). Bordes respetados. Linfadenitis granulomatosa no necrotizante. Seguimiento: al mes buena evolución desde el punto de vista quirúrgico. Niega prurito anal. Tránsito conservado. Inicia tratamiento con albendazol. Valorada por el servicio de Digestivo que inicia estudio de enfermedad infamatoria intestinal.



Discusión: La enterobiasis puede ser causa de apendicitis aguda al permitir la infiltración bacteriana de la pared apendicular o favoreciendo la producción y retención de apendicolitos en la luz apendicular, aunque es poco frecuente.