



P-760 - ABDOMEN AGUDO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE FID Y PIURIA

Perea del Pozo, Eduardo¹; Vega Romero, Francisco Angel²; Pareja Ciuró, Felipe¹; Padillo Ruiz, Javier¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; ²México DF.

Resumen

Introducción: Presentamos un caso clínico de piuria secundaria a fistula apendicovesical.

Caso clínico: Paciente de 62 años que presenta un cuadro de dos días de dolor abdominal en FID acompañado de fiebre y náuseas. El paciente acude taquicárdico, taquipneico e hipotenso y presenta una analítica con 30.000 leucocitos, creatinina de 10 alteración de la coagulación y piuria franca tras sondaje vesical. Se realiza eco urgente que no visualiza el apéndice pero ve abundante líquido libre de baja densidad en cavidad abdominal. El paciente se inestabiliza entrando en shock séptico y score APACHE de 30 precisando cirugía abdominal de urgencia. En la laparoscopia se visualiza plastrón inflamatorio de ciego y válvula ileocecal por lo que se decide conversión a cirugía abierta, en ella se ve inclusión del apéndice en pared de la vejiga con perforación de hasta 4 cm de la misma que condiciona una fístula apendicovesical siendo necesaria resección de cúpula y rafia de la misma en dos planos. La fístula apendicovesical con ruptura espontánea de la vejiga extraperitoneal es una complicación infrecuente que precisa un alto índice de sospecha, es imprescindible realizar un abordaje primario de la causa mediante una laparoscopia diagnóstica en lugar de tratar de realizar un manejo conservador en pacientes sépticos con dolor en FID. Los estudios de imagen pueden no ser diagnósticos al encontrarse el apéndice incluido en la pared de la vejiga siendo imposible su visualización en su posición habitual.



Discusión: La apendicitis es una patología muy prevalente en nuestro medio siendo el principal diagnóstico diferencial de dolor en fosa ilíaca derecha. El diagnóstico de apendicitis aguda es eminentemente clínico mediante el cumplimiento de una serie de criterios clínico analíticos que conforma la clasificación de Albarado. En el caso descrito reportamos una fístula apendicovesical secundaria a la reacción inflamatoria originada por una apendicitis aguda, siendo la piuria y dolor abdominal el motivo de consulta en urgencias. Los métodos de imagen convencionales no son fiables para el diagnóstico de fístula enterovesical. Dado que la mayoría de las fístulas apendicovesicales son secundarias a una apendicitis aguda no diagnosticada y avanzada en la mayoría de las publicaciones consultadas, la laparotomía es la clave para el diagnóstico de la fístula apendicovesical. Sin embargo, la laparoscopia se describe como una herramienta diagnóstica y terapéutica en pocos artículos. Sólo se encontraron tres artículos en la literatura que se refieren al abordaje laparoscópico como una opción terapéutica.