



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/723 - Segundo episodio de dolor en fosa iliaca derecha

A.R. Reyes Orosco<sup>a</sup>, E. Santana Cornejo<sup>b</sup>, D. Joyanes Moriana<sup>c</sup>, A.D. Mendo Risco<sup>d</sup> y S. Martínez Megías<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz. <sup>b</sup>Médico de Familia. Hospital de Zafra. Badajoz. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Burguillos del Cerro. Badajoz. <sup>d</sup>Anestesiólogo. Hospital de Zafra. Badajoz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 40 años de edad con antecedente de apendicectomía a los 10 años de edad por apendicitis aguda. Niega tratamientos farmacológicos habituales. No hábitos nocivos. Paciente derivado a urgencia hospitalaria por su médico de Familia con sospecha de abdomen agudo al cursar con 7 días de dolor abdominal persistente y de intensidad progresiva, localizado en hemiabdomen superior y luego en flanco y fosa iliaca derecha (FID), sin náuseas ni vómitos y agregarse fiebre con malestar general el día de la consulta.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente lúcido, orientado, con aparente buen estado general, piel caliente, buena coloración de piel y mucosas, normohidratado, con facie dolorosa y manos colocadas sobre FID. Refiere apetito conservado y ausencia de cambios en su hábito intestinal. Hemodinámicamente estable con temperatura axilar de 38,9 °C. Abdomen con dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho que se extendía hasta el flanco y FID, signo de Blumberg positivo en FID. RHA normales. Al tacto rectal la ampolla vacua. Resto de la exploración normal. PCR: 15,4 mg/dL. Hemoglobina: 15,3 g/dL. Leucocitos: 15.740 PMN: 84%, plaquetas: 280.000. Resto de la analítica de sangre y orina normal. Radiografía de abdomen: pequeña asa centinela en FID. Ecografía abdominal: En FID se visualiza una imagen compleja, de ecoestructura heterogénea, ciego con paredes engrosadas de manera difusa e irregular, de predominio hipoecoico y una imagen que parece corresponder a aire muy periférico en la parte baja del mismo, de 47 × 32 mm de diámetro y 49 mm de longitud. Medialmente a ello hay asas de intestino delgado con pequeña cantidad de líquido entre ellas.

**Juicio clínico:** Abdomen agudo.

**Diagnóstico diferencial:** 1. Tumorcación intestinal complicada. 2. Enfermedad inflamatoria intestinal con brote agudo. 3. Apendicitis aguda del muñón apendicular.

**Comentario final:** Cuando realizamos la evaluación de un paciente con dolor abdominal con el antecedente de apendicitis aguda previa dejamos de pensar en ella. Sin embargo, ésta posibilidad existe si la intervención quirúrgica ha sido insuficiente, es decir, si se realizó una apendicectomía incompleta y podríamos estar ante una inflamación aguda del remanente apendicular. La primera publicación de esta complicación la hizo Rose en 1945 y desde entonces en la bibliografía médica se han reportado muy pocos casos de apendicitis del muñón. El antecedente de apendicectomía puede

retrasar el diagnóstico y aumentar la morbilidad y mortalidad. 1. La inflamación aguda del remanente apendicular es infrecuente. 2. La laparoscopia, el cuadro clínico y los antecedentes son fundamentales para plantear el diagnóstico. 3. El tamaño del muñón apendicular no presenta relación con el riesgo de sufrir la afección del mismo. 4. La apendicitis aguda del muñón se debe tener en cuenta para el diagnóstico diferencial de un apendicectomizado con dolor en FID.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Clark J, Theodoru N. Appendicitis after Appendicectomy J R Soc Med. 2004;97:543-4.
2. Rose TF. Recurrent appendiceal abscess. Med J Agust. 1945;32:659-62.
3. Clark J, Theodorou N. Appendicitis after appendicectomy. J R Soc Med. 2004;97:543-4.
4. Gasmi M, Fitouri F, Sahli S, Jemaï R, Hamzaoui M. A stump appendicitis in a child: a case report. Ital J Pediatr. 2009;35:35-8.
5. Robledo-Ogazón F, Bojalil-Durán L, Vargas-Rivas A, Torres-Vieyra L, Valle-Carmona Y. Apendicitis del muñón apendicular. Informe de un caso. Cir Cir. 2005;73(4):311-4.