



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/120 - DÓNDE ESTÁ MI APÉNDICE

A. Cayuela López<sup>a</sup>, A. Hernández Costa<sup>b</sup>, E. Marín Arranz<sup>c</sup>, L. Cabrera Sánchez<sup>d</sup>, I. González Riquelme<sup>e</sup> y M. Carrión Fernández<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-San Andrés. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espinardo. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palmar. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera la Verde. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 64 años, con antecedentes personales de dislipemia, que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal súbito a nivel de hipocondrio y flanco derechos de 4 horas de evolución sin ninguna otra sintomatología acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tensión arterial: 113/71. Frecuencia cardiaca: 96 lpm. Temperatura: 36,7 °C. Exploración abdominal: dolor a la palpación en flanco derecho con defensa e irritación peritoneal a dicho nivel. Signo de Blumberg y Murphy negativos. No masas ni megalias. Peristaltismo conservado. Analítica sanguínea: urea 31, creatinina 0,71, sodio 140, potasio 42, PCR 2,71, amilasa pancreática 21, bilirrubina total 0,39, GPT 25, hemoglobina 13,2, hematocrito 38,2%, plaquetas 237, leucocitos 12,91. Sistemático de orina normal. Ecografía abdominal: vesícula distendida sin signos inflamatorios parietales. No líquido libre intraperitoneal. No se consigue observar apéndice cecal. Resto normal. Segunda ecografía abdominal: se aprecia en flanco derecho estructura tubular con extremo distal en fondo de saco dependiente de ciego, compatible con apéndice retrocecal con engrosamiento de su extremo distal y moderada cantidad de líquido libre. Asocia engrosamiento de íleon regional y aperistalsia.

**Juicio clínico:** Apendicitis aguda retrocecal.

**Diagnóstico diferencial:** Hepatitis, colelitiasis/colecistitis, dolor abdominal inespecífico.

**Comentario final:** La AA constituye la urgencia quirúrgica más común, siendo más frecuente en la adolescencia. Típicamente se inicia con dolor e irritación peritoneal en FID. Síntomas comunes son las náuseas, vómitos y fiebre, pero esta localización y síntomas típicos pueden verse modificados por localizaciones atípicas. Por otro lado la mortalidad de la AA es de hasta un 5% en formas complicadas pudiendo llegar a alcanzar una tasa de mortalidad del 70% en caso de ancianos, por lo que es muy importante tener en cuenta el estado del paciente a pesar de la normalidad de las pruebas complementarias (sobre todo al inicio del cuadro sintomático).

## Bibliografía

1. García Cabezudo J, Montoro Huguet M, et al. Aproximación al paciente con dolor abdominal agudo (I y II). En: Montoro M, Bruguera M, Gomollón F, Santolaria S, Vilardell F. Principios Básicos de Gastroenterología para Médicos de Familia, 2ª ed. Jarpyo Editores. Madrid, 2002:751-82.
2. Montoro M. Dolor abdominal agudo. En: Montoro M, García Pagán JC, eds. Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología. Jarpyo Editores S.A. Madrid, 2010:79-91.
3. Kendall JL, Moreira M. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. Uptodate, 2011.

**Palabras clave:** Dolor abdominal. Apendicitis.