



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/467 - DOLOR ABDOMINAL TÍPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Moreno Obregón¹, F. Moreno Obregón² y L. Moreno Obregón¹

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Estepa. Sevilla. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Cartaya. Huelva.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 48 años con antecedentes de hernia de hiato, gastritis crónica y esteatosis hepática. Tratamiento actual: omeprazol 20 mg/24h. Acude por dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha de 24 horas de evolución que se intensifica a la micción y deambulación acompañado de febrícula. Consulta de nuevo a las 48 horas por persistencia del dolor abdominal junto con náuseas y fiebre, por lo que se remite al Hospital.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. No ictericia. Abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha. Signos de Blumberg y Rovsing negativos sin signos de irritación peritoneal. En la exploración de la segunda consulta se palpa sensación de plastrón en todo hemiabdomen derecho y dudosa irritación peritoneal. En la analítica destacan leucocitos 13,69 mil/mm³ (80,6% neutrófilos) y PCR 56,7 mg/L. La radiografía de abdomen muestra abundantes heces en marco cólico. En ecografía destaca leve esplenomegalia, mínima cantidad de líquido libre en fosa ilíaca derecha y no se identifica el apéndice cecal. En TC abdomen se identifica el apéndice aumentado de grosor, sin luz en su interior junto con importante plastrón inflamatorio pericecal que se extiende a nivel retroperitoneal afectando a la cava. El apéndice está necrosado con un cálculo distal/apendicolito. Numerosas adenopatías locorregionales. Se ingresa en planta de Cirugía para tratamiento con imipenem 1 g/6h vía intravenosa y luego ceftriaxona 2 g/24h vía intravenosa junto a metronidazol 500 mg/8h vía intravenosa. En TC abdomen de control: apendicitis con tendencia a la abscesificación. Se decide intervención quirúrgica por colección no drenable realizándose apendicectomía laparoscópica.

Orientación diagnóstica: Apendicitis aguda.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda gangrenosa perforada, estreñimiento, adenocarcinoma de apéndice.

Comentario final: El cáncer de apéndice es muy raro. La mayoría de los casos se diagnostican tras someterse a una intervención quirúrgica por apendicitis aguda o cuando se observa una masa abdominal durante una tomografía computarizada (TC) por un proceso no relacionado.

Bibliografía

1. Parrilla J, Landa I. Cirugía Asociación Española de Cirujanos, 2ª ed. Editorial Médica

Panamericana, S.A. Madrid, 2010.

2. Ruoff C, Hanna L, Zhi W, Shahzad G, Gotlieb V, Saif MW. Cancers of the appendix: review of the literatures. ISRN Oncol. 2011;2011:728579.

Palabras clave: Dolor abdominal. Apendicitis. Estreñimiento.