



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



413/49 - APENDICITIS PEREZOSA, CASO A REVISAR

O. García García, E. Maeso Larrinaga, M. Alcocer Gomis

Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Elda. Elda. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 22 años, acude a consulta por presentar masa dolorosa en fosa iliaca derecha de tres días de evolución que irradia a genitales. Dolor continuo de baja intensidad e instauración progresiva que se intensifica con los movimientos. Afebril. No otra clínica. Tras explorar a la paciente se decide derivación a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias. Antecedentes personales: fibrosis quística. Tratamiento habitual: Konakion, Hyaneb, azitromicina, bramitob y omeprazol.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general. Palidez cutánea. Neurológico: consciente y orientada. No focalidad. Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos, murmullo vesicular disminuido. Abdomen: ruidos hidroaéreos conservados. Bando y depresible. Masa en fosa iliaca derecha de consistencia dura, elástica, dolorosa a la palpación. Molestias en hipogastrio. Blumberg negativo, Murphy negativo. Puño percusión renal bilateral negativa. Analítica sanguínea: discreta elevación reactantes de fase aguda. Ecografía abdominal: Hallazgos no concluyentes de apendicitis. Apéndice repleto y de calibre aumentado en su tercio proximal. Dudoso engrosamiento mural del ciego. Exploración ginecológica normal. Test de gestación negativo. Ecografía transvaginal: mínima cantidad de líquido libre en Douglas. Ecografía abdominal de control: apéndice engrosado, no compresible, hiperemia mural e incremento de ecogenicidad de la grasa adyacente. Proceso apendicular inflamatorio en evolución.

Juicio clínico: Apendicitis aguda atípica.

Diagnóstico diferencial: Cólico renal, embarazo ectópico, torsión ovárica, hernia inguinal, enfermedad inflamatoria pélvica, diverticulitis de Meckel, adenitis mesentérica.

Comentario final: Destacar el papel del médico de cabecera que sospechó y planteó en su diagnóstico diferencial la posibilidad de un proceso inflamatorio agudo con los medios de los que dispone en consulta, en base al estado general de la paciente y a una exploración abdominal poco concluyente. La paciente fue valorada por cirugía y en observación 24 horas para ver evolución. La ecografía finalmente fue decisiva.

Bibliografía

Martin F. Disponible en:

<https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-different>

Wray C, Kao L, Millas S, Tsao K, Ko T. Acute Appendicitis: Controversies in Diagnosis and Management. *Current Problems in Surgery*. 2013;50(2):54-86.

Bhangu A, Søreide K, Di Saverio S, Assarsson J, Drake F. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet*. 2015;386(10000):1278-87.

Cheng Y, Xiong X, Lu J, Wu S, Zhou R, Cheng N. Early versus delayed appendicectomy for appendiceal phlegmon or abscess. 2018.

Palabras clave: Apendicitis. Blumberg. FID. Masa. Plastrón.