

Caso Clínico

A la vejez, apendiruela

María Luz Cruz Quintas, Patricia Nogal Martín, Regina Atarés Vicente, Alberto García Peláez.

Centro de Salud Las Ciudades, Getafe. Madrid

Mujer de 80, sin reacciones alérgicas medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos que acude a consulta de Atención Primaria por dolor abdominal. Hipertensa como único factor de riesgo cardiovascular conocido, entre sus antecedentes médico-quirúrgicos destaca una fibrilación auricular persistente anticoagulada con acenocumarol y frenada con digoxina; siendo además portadora de prótesis mitral y aórtica normofuncionantes por una doble lesión secundaria a polivalvulopatía reumática con insuficiencia tricuspídea severa residual y buena clase funcional. Bien controlada con tratamiento crónico con torasemida, espironolactona y losartán, toma además alopurinol por hiperuricemia y está en seguimiento por Medicina Digestiva por hepatitis B y colestiasis.

Refiere en esta ocasión dolor en fosa ilíaca derecha de unos tres días de evolución, de carácter continuo e intenso, que aumenta con el movimiento y con la palpación local y que no cede a pesar de la administración de paracetamol; negando fiebre, náuseas o vómitos, cambios en el hábito intestinal o síndrome miccional acompañante.

A la exploración física se encuentra afebril y arritmica, destacando únicamente un abdomen blando y deprimible, notablemente doloroso a la palpación en fosa ilíaca derecha con discreta defensa y datos de irritación peritoneal (signos de Blumberg y Rovsing positivos).

A fin de orientar adecuadamente el diagnóstico diferencial de la paciente y complementar sus datos clínicos y exploratorios, se realiza en el centro de salud una ecografía abdominal con sonda lineal. La exploración resulta normal en la totalidad del abdomen salvo en la zona de mayor dolor en FID, donde se observa una imagen de tubo aperistáltico no compresible que termina en fondo de saco (figura 1), con engrosamiento de pared mayor de 3mm formado por capas concéntricas (figura 2) y con un diámetro anteroposterior de 71mm (figura 3). Siendo todos ellos criterios ecográficos diagnósticos de apendicitis aguda, se confirma el diagnóstico de sospecha y se completa el estudio en busca de posibles datos de complicación: no se observa presencia de fecalitos o apendicolitos, descartándose también pérdida de continuidad

de la submucosa (dato de necrosis mural y por tanto de posible perforación inminente), colecciones de líquido periapendicular (sugestivas de absceso) ni líquido libre de acumulación subfrénica o pélvica (que orientaría a peritonitis).



Figura 1.



Figura 2.

Con el diagnóstico por tanto de apendicitis aguda no complicada la paciente es derivada al Servicio de Urgencias de su hospital de referencia, donde se realiza inicialmente una radiografía abdominal que muestra un luminograma aéreo inespecífico y posteriormente una analítica sanguínea en la que destaca ligera leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda – criterios analíticos que apoyan el diagnóstico-, así como una discreta plaquetopenia y ligera sobredosificación de acenocumarol que habrían de tenerse en cuenta al plantear un posible tratamiento quirúrgico.



Figura 3.

Con estos datos, desde el Servicio de Radiodiagnóstico se realiza una nueva exploración ecográfica reglada en la que se confirma un aumento del diámetro anteroposterior del apéndice cecal de hasta 11'8mm (figuras 4 y 5) con captación de doppler color (figuras 6). Se amplía el estudio de imagen con la realización de una Tomografía Computerizada (TC) abdominal que informa de la existencia de un apéndice cecal desestructurado de aspecto flemonoso con importante aumento de tamaño principalmente en su base, asociado a cambios inflamatorios y borrosidad de la grasa adyacente; con adenopatías ileocólicas de tamaño patológico y probable origen reactivo sin presencia de líquido libre ni aire extraluminal (figuras 7).

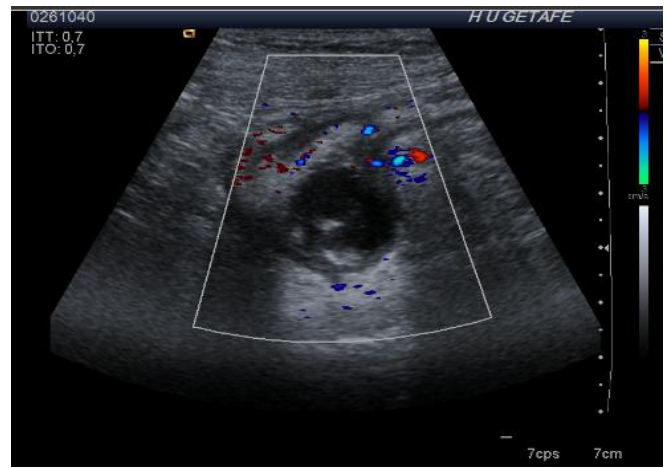


Figura 6.



Figura 7.

Tras valoración por Cirugía General, dado el elevado riesgo cardiovascular de la paciente se desestima intervención quirúrgica y se decide su ingreso hospitalario para inicio de tratamiento conservador con amoxicilina/ácido clavulánico. Completado el ciclo antibiótico pertinente, la paciente presenta evolución favorable tanto clínica como analítica, por lo que encontrándose ya asintomática es dada de alta continuando seguimiento en Atención Primaria, donde se realiza control ecográfico que evidencia resolución del cuadro (figura 8).

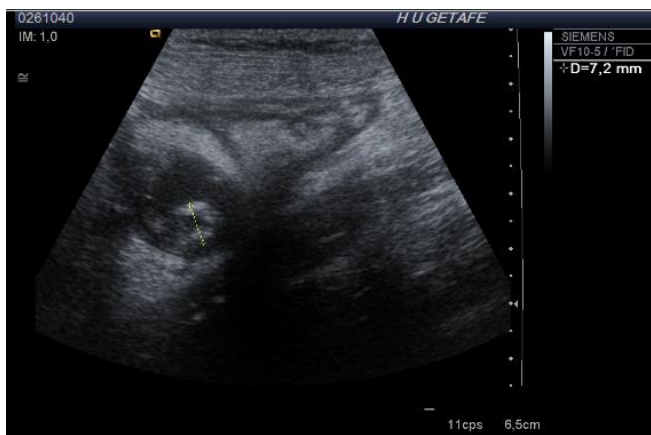


Figura 4

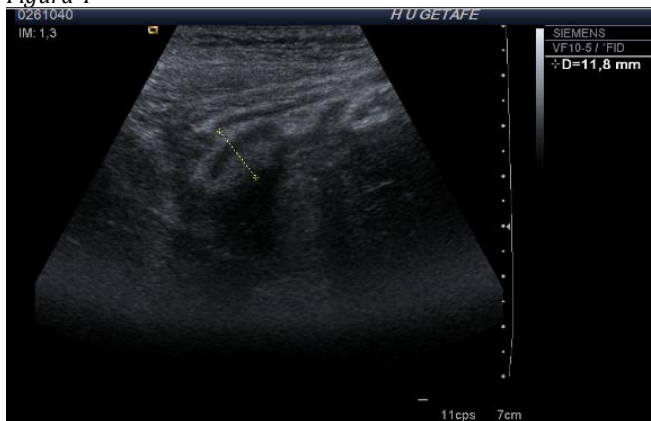


Figura 5.



Figura 8.

COMENTARIO

La apendicitis aguda o inflamación del apéndice cecal es la principal causa tanto de dolor agudo en fosa ilíaca derecha como de cirugía abdominal urgente. Es más frecuente en el sexo masculino y su prevalencia es mayor entre la segunda y la cuarta década de la vida, siendo el riesgo global de padecerla de un 6-7% a cualquier edad. Clínicamente es típico el dolor periumbilical inicial que se desplaza posteriormente hacia fosa ilíaca derecha, siendo característica la positividad del signo de Blumberg como dato de irritación peritoneal a la compresión del punto de McBurney.

En cuanto a la fisiopatología del cuadro, se produce una obstrucción de la luz apendicular que da lugar a inflamación secundaria y finalmente a una oclusión total de la misma a la que contribuye activamente la disminución del retorno venoso concomitante, viéndose facilitado el sobrecrecimiento bacteriano y consecuentemente la infección local de la submucosa con posterior formación de abscesos y necrosis. Entre las causas de dicha obstrucción inicial destacan, en orden de frecuencia, la hiperplasia linfoide inflamatoria, la existencia de fecalitos, la presencia de parásitos y otros factores intrínsecos de origen desconocido.

Aunque en la mayoría de los casos el diagnóstico es eminentemente clínico (apoyado en pruebas de laboratorio), en edades extremas o en caso de apéndice retrocecal puede ser necesaria la realización de pruebas de imagen que faciliten una aproximación diagnóstica del proceso y una derivación correcta en el menor tiempo posible; evitando el retraso en la intervención quirúrgica por un diagnóstico incierto y disminuyendo la incidencia de apendicectomías negativas. En este sentido, la ecografía es una técnica excelente que, por su elevada sensibilidad (60-90%) y especificidad (68-90%), así como por su creciente disponibilidad en Atención Primaria, resulta de gran utilidad tanto para la confirmación como para la exclusión del diagnóstico.

Desde el punto de vista ecográfico, el apéndice normal es una pequeña estructura tubular de no más de 7mm de diámetro generalmente localizada en fosa ilíaca derecha (en caso de localización retrocecal será preferible una técnica lateral y posterior), fácilmente compresible con sonda lineal y de contenido aéreo o fecal por su proximidad al intestino delgado. Aunque su identificación puede resultar complicada para ecografistas inexpertos, puede localizarse y diferenciarse del intestino delgado por la ausencia de peristaltismo, manteniendo su aspecto a lo largo del tiempo y no presentando mesenterio graso ecogénico a su alrededor.

Serán criterios ecográficos diagnósticos de apendicitis aguda, por tanto, un diámetro apendicular superior a 6-7mm con capas concéntricas difícilmente identificables y de contorno irregular, la ausencia de compresibilidad, la presencia de mesenterio y epiplón muy ecogénicos en la región circundante y el importante aumento de vascularización en el examen con doppler color.

Una vez filiado el cuadro deberán descartarse además posibles complicaciones tales como presencia de acumulación de líquido a nivel subfrénico o pélvico, fecalitos o

apendicolitos (visibles como un foco ecogénico con sombra acústica), existencia de abscesos paraapendiculares o ganglios aumentados de tamaño, entre otros; pues dichos factores condicionarían la necesidad de tratamiento urgente haciendo el diagnóstico temprano y certero crucial para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Schmidt G. *Ecografía: de la imagen al diagnóstico*. Madrid: Panamericana 2007; cap 15, pág. 229-32.
- 2.Segura Cabral JM. *Ecografía Digestiva*. En: Mancediño Marcos N, Segura Grau A, Pajares Villaroya R, Segura Grau E, Segura Cabral JM. *Tracto gastrointestinal*. Madrid: Segura Cabral JM 2011; cap. 11, pág. 229-32.
- 3.Ávila MJ, García Acero M. *Apendicitis Aguda: revisión de la presentación histopatológica en Boyacá, Colombia*. *Revista colombiana de Cirugía* 2015,30(2).