

Caso clínico

Apendicitis aguda en una niña de 9 años

Juan Antonio García Sánchez, Francisco Javier Palau Cuevas, Indira Hernández Rangel, Elena Navarro Lalaguna

Centro de Salud San Carlos. San Lorenzo de El Escorial (Madrid)

Niña de 9 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés.

Acude a consulta por dolor abdominal de 12 horas de evolución, continuo y progresivo, inicialmente periumbilical y posteriormente en la fosa iliaca derecha; no se acompaña de fiebre ni vómitos; la última deposición fue de consistencia normal al inicio del cuadro.

En la exploración física presenta buen estado general, afebril, sin palidez cutáneo-mucosa, con hidratación adecuada de piel y mucosas; orofaringe sin hallazgos significativos, sin adenopatías; abdomen blando, depresible, con dolor selectivo y defensa en la fosa iliaca derecha, signo de Blumberg positivo, no se palpan masas ni visceromegalias; resto de la exploración sin hallazgos significativos.

Se realiza exploración ecográfica abdominal por sospecha clínica de apendicitis aguda. Se lleva a cabo con focalización en la fosa iliaca derecha y con técnica de compresión gradual. Se utiliza sonda cóvex de 5 MHz y sonda lineal de 12 MHz. Encontramos una imagen tubular, de unos 9 mm de diámetro máximo y 6 mínimo, aperistáltica, que no se deforma con la compresión, dolorosa con la palpación con la sonda, acompañada de hiperecogenicidad de la grasa adyacente e imagen hiperecoica en su interior, de unos 6 mm, con sombra acústica posterior, compatible con apendicolito; no se visualiza líquido libre; el resto de la exploración no muestra hallazgos significativos (figuras 1, 2 y 3).



Figura 1.

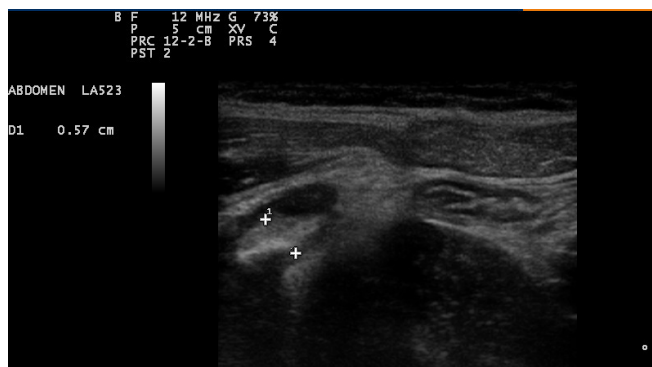


Figura 2.

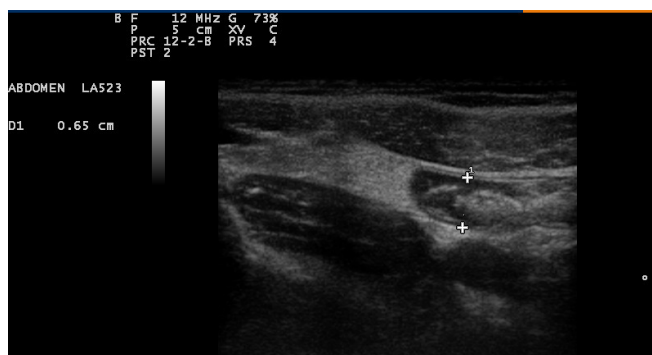


Figura 3.

Ante la sospecha clínica y ecográfica de apendicitis aguda, se decide remitirla al Servicio de Urgencias del hospital, donde se confirma el diagnóstico.

Se realiza apendicectomía laparoscópica, sin incidencias.

El diagnóstico final fue de apendicitis aguda flemonosa con evolución postquirúrgica favorable.

COMENTARIO

La apendicitis aguda es la patología quirúrgica abdominal urgente más frecuente en pediatría. Se estima que 7-10 % de la población la padecerá a lo largo de su vida¹.

La causa no siempre es la obstrucción de la luz apendicular: hay otros múltiples posibles motivos (apendicolitos, hiperplasia de folículos linfoides, inflamación foliular en procesos infecciosos, traumatismos...)².

El diagnóstico precoz en las primeras 36 horas influye en la evolución y pronóstico posterior. Es clínico y ecográfico fundamentalmente³.

Cuando es exclusivamente clínico o apoyado por datos de laboratorio carece a veces de fiabilidad suficiente⁴, se utilicen o no sistemas de puntuación. El más difundido de ellos es el de Alvarado, que agrupa síntomas, signos y datos de laboratorio para establecer una cifra entre 1 y

10 que estratifique el riesgo del paciente con dolor en la fosa iliaca derecha en "improbable", "posible", "probable" o "muy probable"⁵.

Cuando existe sospecha clínica de apendicitis aguda la técnica de imagen de elección es la ecografía. Se debe prescindir de la radiografía simple de abdomen por su baja rentabilidad diagnóstica y para evitar radiación innecesaria⁶.

La frecuencia de apendicectomías negativas es significativamente menor en pacientes en los que el diagnóstico se ha hecho apoyado en técnicas de imagen frente a los casos en que el diagnóstico ha sido exclusivamente clínico.

Los hallazgos ecográficos más significativos son: imagen tubular con diámetro de al menos 6 mm, con aumento de espesor mayor de 2 mm, peristaltismo ausente; ecopalpación: asa rígida, no compresible y con exploración dolorosa; puede verse coprolito y área periapendicular hiperecoica por reacción inflamatoria adyacente⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coca Robinot D, Liébana de Rojas C, Aguirre Pascual E. Urgencias abdominales en pediatría. *Radiología*. 2016;58:80-91.
2. Luque Hernández MJ, Moreno Ferrer O, Leiva Aranda I, Bencheikh S, Medina García C, Ayala Jiménez L. Diagnóstico ultrasonográfico de la apendicitis aguda. *EuroEco* 2011;2(1):6-9.
3. Rivera Díaz A. Validez diagnóstica de la ecografía y la tomografía computarizada de abdomen en la apendicitis aguda. Factores clínicos y epidemiológicos. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. MADRID. Disponible en: <https://eciencia.urjc.es/bitstream/handle/10115/14643/Thesis%20Doctoral%20Alfredo%20Rivera%20D%C3%ADaz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Aranda-Narváez JM, Montiel-Casado MC, González-Sánchez AJ, Jiménez-Mazure C, Valle-Carbajo M, Sánchez-Pérez B, et al. Empleo, eficacia y repercusión clínica del apoyo radiológico al diagnóstico de la apendicitis aguda *Cirugía Esp*. 2013;91:574-8.
5. Fernández Valdés, R. Utilización de escalas diagnósticas para el diagnóstico de apendicitis aguda en niños. *Evid Pediatr*. 2015;11:49.
6. Raposo Rodríguez L, Anes González G, García Hernández JB, Torga Sánchez S. Utilidad de la ecografía en niños con dolor en la fosa ilíaca derecha, *Radiología*. 2012;54:137-148.
7. Arévalo Espejo OJ, Moreno Mejía ME, Ulloa Guerrero LH. Apendicitis aguda: hallazgos radiológicos y enfoque actual de las imágenes diagnósticas. *Rev Colomb Radiol*. 2014;25:3877-88