

### Caso Clínico

#### Dolor en la fosa iliaca derecha y ecografía en atención primaria

Luis Hortal Muñoz, Olga Martínez Villén, Elena López Ramiro, Mercedes Fernández Quesada, Carolina de la Fuente Barranco, Tania de la Hoz Solís, Javier Fernández Amézaga, María Elena del Olmo González, Aránzazu Rodríguez Posada, Eduardo Garre Muñoz, Marta Batanero García.

Mujer de 17 años sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta de atención primaria refiriendo, desde el día anterior, dolor en región periumbilical, continuo, que a lo largo del día de la visita ha ido aumentando en intensidad y se ha localizado en fosa ilíaca derecha; el día anterior tuvo nauseas, que en el momento de la visita habían desaparecido. No fiebre. No diarrea. Fecha de la última regla durante el mes en curso.

En la exploración física el abdomen es blando y depresible, presentando posible defensa a nivel de FID, con aumento de ruidos hidroaéreos, pero no patológicos, y temperatura 36.6 °C.

Dada la clínica sugerente, pero con una exploración física algo dudosa y la posibilidad de causas ginecológicas del dolor, se explora ecográficamente con sonda lineal la zona dolorosa a nivel del punto de MacBurney. Se detecta a ese nivel probable asa engrosada de unos 5.2 mm de diámetro AP, que no se comprime con la presión (provocando dicha presión intenso dolor), y que no presenta peristaltismo. (Figura 1 y 2).

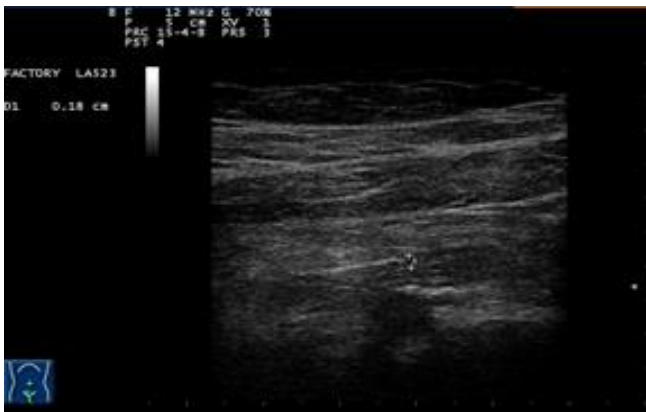


Figura 1.

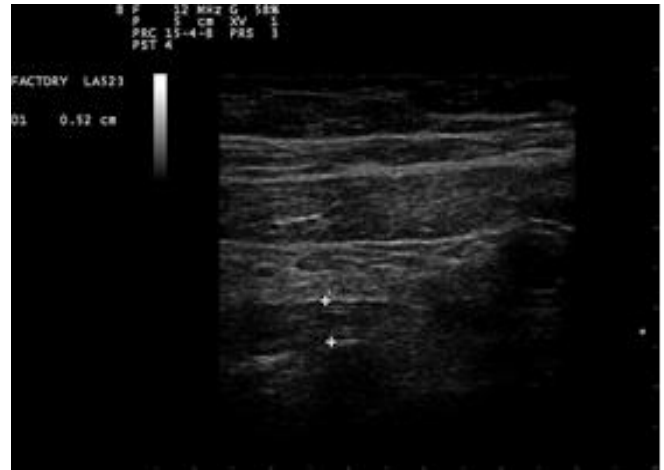


Figura 2.

Se realiza también ecografía de anejos con sonda convex para descartar patología ovárica, ecográficamente no se aprecia patología a dicho nivel, útero de aspecto normal en retroversión; si bien la técnica es limitada para explorar esta localización.

Se deriva a urgencias hospitalarias con alta sospecha de apendicitis, donde se realiza exploración que muestra signos de irritación peritoneal, Blumberg +, psoas +, puño percusión positiva. Temperatura 36.3 °C, en el análisis destaca leucocitosis de 14700, con 72.4% de neutrófilos.



Figura 3

Se realiza ecografía abdominal con sospecha de apendicitis versus cólico renal. Con sonda convex no se detectan alteraciones a nivel renal ni ginecológico (Figuras 3, 4 y 5). En área apendicular con sonda lineal se

identifica una válvula cecal en posición pélvica y cerca de línea media. Se visualiza un tubo aperistáltico, dilatado (8 mm) compatible con el apéndice cecal, identificándose un apendicolito en su origen (Figura 6).



Figura 4



Figura 5



Figura 6

Hay desestructuración de la grasa locorregional y una pequeña imagen hipocogénica de 8 mm adyacente a la punta pericecal sugestiva de colección (Figura 7). Varios ganglios reactivos locorregionales (Figura 8). Estos hallazgos son compatibles con apendicitis aguda

Se interviene a la paciente con carácter urgente, rea-

lizando apendicectomía abierta. El diagnóstico anatomopatológico es de apendicitis aguda flemonosa.

**COMENTARIO:**

El dolor abdominal agudo, de duración generalmente inferior a 48-72 horas, incluye causas de gravedad, entre ellas la apendicitis aguda, generalmente de localización en fosa ilíaca derecha. La orientación diagnóstica de la apendicitis es predominantemente clínica, presentando historia clásica (inicio periumbilical con migración posterior a FID, aparición de náuseas y vómitos, febrícula o fiebre posteriores al dolor, y exploración con defensa a nivel de punto de MacBurney, signos de irritación peritoneal,) en cuyo caso es indicación de cirugía. Cuando la historia o la exploración no son completamente claras, podría demorarse la intervención, lo que puede derivar en perforación antes de la cirugía, así como en la formación frecuente de abscesos<sup>1</sup>.



Figura 7



Figura 8

Asimismo, existe la posibilidad de laparotomías con apéndice normal, no inflamado (16-47% de los casos, con una media del 26%)<sup>2,3,4</sup>. El apoyo de pruebas complementarias puede ayudar a aclarar la situación de cara no demorar la cirugía para evitar la perforación (35% de los casos)<sup>5</sup>

- Análisis de sangre con leucocitosis y desviación iz-

quiera

- Radiografía simple con visión de apendicolito
- Pruebas de imagen (Ecografía o TAC). La toma de imágenes ecográficas contribuye a equilibrar la tasa de laparotomías negativas y la tasa de perforación en la operación. Los objetivos de la ecografía serían la identificación del paciente con o sin apendicitis aguda, y en caso negativo, encontrar una explicación alternativa del dolor en FID (adenitis mesentérica, diverticulitis derecha).

Los hallazgos ecográficos incluyen detección de apéndice engrosado y aperistáltico, de diámetro mayor a 6-7 mm (normal < 3 mm), inflamación de la grasa perientérica (detectable como masa hiperecoica), colecciones (anecogénicas) y apendicolito en el 35% de los casos (1). La detección del apéndice vermiforme se mejora empleando ecografía con compresión gradual (85% de pacientes se visualizó el apéndice), y aún más con el empleo complementario de la técnica de compresión manual posterior (95%)<sup>6</sup>. La exactitud de la ecografía debería mantener la tasa de apendicetomías negativas en aproximadamente el 10%<sup>7</sup>.

La paciente de este caso presentaba una historia sugerente de apendicitis, pero una exploración no completamente clásica (la defensa era dudosa, y la temperatura no llegaba a 37 °C); además, se trataba de una mujer, con la posibilidad de causas ginecológicas de abdomen agudo<sup>8</sup>. En una revisión retrospectiva de 462 pacientes con sospecha de apendicitis, a los que se realizó apendicectomía, Bendeck y cols. hallaron que las mujeres se beneficiaban de técnicas de imagen preoperatorias, presentando una tasa de apendicetomías negativas significativamente mejor que aquellas a las que no se les practicaban las pruebas de imagen preoperatorias. Concluyeron que las técnicas de imagen deben ser sistemáticas en la evaluación preoperatoria de las mujeres con sospecha de apendicitis aguda<sup>9</sup>. Tanto TAC como ecografía son adecuadas, y en las mujeres se debe añadir una ecografía transvaginal cuando la explicación del dolor no es evidente con la ecografía pélvica suprapúbica tradicional.

El hecho de disponer de un ecógrafo en Atención Primaria a la hora de evaluar un dolor en fosa ilíaca derecha, en especial en mujeres, permite realizar el diagnóstico cuando el caso está en evolución, afianzando la derivación hospitalaria para completar la valoración y no demorar la cirugía, factor clave para evitar perforaciones, abscesos y desenlace fatal, en una patología de gravedad como la apendicitis.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW. *Diagnóstico por ecografía*. 3ª Edición. Barcelona: Eslvier Mosby 2006; pág 292-299.
2. Kazarian KK, Roeder W, Mersheiner WL: *Decreasing mortality and increasing morbidity from acute appendicitis*. *Am J Surg* 1970; 119: 681-685.
3. Pieper R, Forsell P, Kager L: *Perforating appendicits: A*

*nine-year survey of treatment and results*. *Acta Chir Scand* 1986; 530: 51-57.

4. Go PMNYH, Luyendijk R, Murting JDK: *Metnonidazo-protylaxe bij appendectomie*. *Med Tijdschr Geneeijk* 1986; 130: 775-778.

5. Van Way CW III, Murphy JR, Dunn EL, et al: *A feasibility study in computer-aided diagnosis in appendicitis*. *Surg Gynecol Obstet* 1982; 155: 685-688

6. Lee JH, Jeong YK, Hwang JC, et al: *Graded compression sonography with adjuvant use of a posterior manual compression technique in the sonographic diagnosis of acute appendicitis*. *ARJ* 2002; 178 (4): 863-868.

7. Jeffrey RB, Jr, Laing FC, Townsend RR: *Acute appendicitis: High-resolution real-time ultrasound findings*. *Radiology* 1987; 163: 11-14.

8. Berry J Jr, Malt RA: *Appendicitis near its centenary*. *Ann Surg* 1984; 200 (5): 567-575.

9. Bendeck SE, Nino-Murcia NM, Berry GJ, Jeffrey RB: *Imaging for suspected appendicitis: Negative appendectomy and perforation rates*. *Radiology* 2002; 225: 131-136.