

HOSPITAL PROVINCIAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

**NEUMOAPÉNDICE: UNA OPCIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS
AGUDA CON CUADRO CLÍNICO ATÍPICO**

Por:

MSc. Dr. Yoandy López de la Cruz¹

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de tercer año de Cirugía Cardiovascular. Máster en Atención Integral a la Mujer. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Instructor. UCM-VC.

Descriptor DeCS:

APENDICITIS/diagnóstico

Subject headings:

APPENDICITIS/diagnosis

Desde la época medieval se conoce la descripción de una terrible enfermedad caracterizada por una tumoración abdominal grande que contiene pus, y que fue inicialmente denominada "fosa ilíaca".¹ Desde 1561 se recogían informes de supuraciones fatales de la región cecal, pero no fue hasta el año 1886 cuando el patólogo Reginald Fitz propuso el término "apendicitis" en su notable "Inflamación perforante del apéndice vermiforme". Un año después, Morton hizo la primera apendicectomía exitosa, y desde entonces esta operación se hizo extremadamente común, hecho apoyado además por el razonamiento científico de Charles McBurney quien señaló que realizar una operación exploratoria prontamente con el propósito de examinar y extraer el apéndice antes de que se perfora, era menos dañino que el tratamiento expectante².

Hoy en día la apendicitis aguda es la manifestación clínica más habitual dentro del abdomen agudo quirúrgico³ y, por consiguiente, la apendicectomía es la operación de urgencia que con más frecuencia se realiza en el mundo. El diagnóstico positivo de esta afección se realiza con extrema facilidad cuando su presentación es clásica: dolor abdominal de inicio en región epigástrica, con localización posterior en región periumbilical y fosa ilíaca derecha, acompañado de náuseas o vómitos, fiebre o taquicardia, anorexia, y el hallazgo inequívoco de signos típicos a la palpación abdominal⁴⁻⁶.

Sin embargo, desafortunadamente, la apendicitis aguda tiene disímiles formas de presentación –hecho que le ha valido el sobrenombre de "la gran simuladora"– y en no pocas ocasiones, el acto quirúrgico constituye la última o única opción del cirujano para establecer el adecuado diagnóstico y a veces tampoco es suficiente. Para que se tenga una idea de este fenómeno, baste señalar que algunas estadísticas refieren que hasta en un 20 % de las apendicectomías realizadas en Estados Unidos, el resultado histopatológico del órgano extraído no confirma el diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda⁷.

Como se comprenderá, una práctica quirúrgica de excelencia exige del cirujano operar solo en el caso extremadamente necesario, y de requerirse el procedimiento, sería ideal una adecuada preparación y la elección de la mejor incisión y técnica quirúrgica, a fin de someter al paciente al menor riesgo posible⁸. Resulta elemental que nada de esto puede realizarse sin un diagnóstico preoperatorio adecuado, e infortunadamente, a pesar de los avances de la cirugía moderna, aún

muchos casos de apendicitis aguda continúan desafiando el poder presuntivo de la medicina contemporánea.

El caso que presentamos a continuación es un típico ejemplo de un elemento diagnóstico al que en pocas ocasiones se ven necesitados de recurrir los cirujanos generales; pero que en casos de apendicitis agudas con presentaciones atípicas, pudiera ayudar a esclarecer el dictamen de esta enfermedad, que requiere un tratamiento quirúrgico de urgencia, con el objetivo de evitar fatales consecuencias a los pacientes que la aquejan.

Presentación del paciente

Se trata de una paciente de 62 años de edad, atendida por dolor abdominal en el cuerpo de guardia de Cirugía General del Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro", de la ciudad de Santa Clara, la noche del lunes 7 de abril de 2008; al inicio sufre ligeros cólicos y, posteriormente, el dolor se mantuvo en el hemiabdomen derecho. En el interrogatorio inicial, se recoge el antecedente de padecer de hipertensión arterial, controlada con una tableta de hidroclorotiazida al día, diabetes mellitus tipo II, controlada con dieta, y dos cesáreas realizadas hacía más de treinta años. Refería, además, algunas náuseas y anorexia durante el transcurso de ese día. Al realizar el examen físico, se constató frecuencia cardíaca de 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 16 respiraciones por minuto y tensión arterial de 120/70 mmHg. El examen de la región abdominal mostró discreta distensión (confirmada por la paciente al interrogársele sobre este aspecto), y ligero dolor a la palpación profunda en hemiabdomen derecho, sin que se pudiera evidenciar la presencia de signos clásicos específicos para el diagnóstico de alguna afección quirúrgica intraabdominal. Los ruidos hidroaéreos estaban presentes, aunque ligeramente disminuidos. El tacto vaginal permitió descartar con bastante certeza un cuadro de causa ginecológica.

Se indicaron complementarios hematológicos que mostraron muy ligera leucocitosis de $10,9$ células por 10^9 , con escasa desviación a la izquierda (polimorfos nucleares en 0,70), glicemia en 6,8 mmol/lts, y el electrocardiograma solo mostró taquicardia sinusal. Ante la lógica duda diagnóstica, se le realizó radiografía simple de abdomen en posición anteroposterior de pie y ultrasonido abdominal. En el análisis inicial, y no del todo profundo de la placa, solamente llamó la atención una zona radiotransparente que asemejaba una elipse horizontal (Fig 1), hacia el centro del abdomen, consistente, al parecer con dilatación de asas intestinales a ese nivel. No se encontraron niveles hidroaéreos, por lo que se descartó el diagnóstico de oclusión intestinal; tampoco se evidenciaron signos indicativos de perforación intestinal u otra afección.



Fig 1 Radiografía simple de abdomen, vista anteroposterior de pie. Las flechas muestran el contorno de la zona elíptica radiotransparente en el centro del abdomen relacionado con distensión de asas delgadas. El óvalo negro encierra una zona aún más radiolúcida con forma de S alargada, que se corresponde con el apéndice vermiforme lleno de gas.

Mediante el ultrasonido abdominal no se encontraron alteraciones importantes y solo se confirmó la presencia de asas de intestino delgado distendidas, que ocupaban la región central del abdomen, con adecuado peristaltismo. En este punto quedó bastante claro que la distensión abdominal de la paciente, confirmada mediante radiografía y ultrasonido, contraindicaba la realización de laparoscopia diagnóstica, por lo que no se decidió indicar este estudio complementario.

En ese momento, el diagnóstico de apendicitis aguda en el anciano ocupaba el primer lugar en el pensamiento médico de quienes estábamos atendiendo el caso, pero indudablemente no existían todos los elementos que permitieran aseverar esta diagnosis, y la posible presencia de una diverticulitis, enteritis o íleo paralítico comenzantes hacían dudar de que fuera la intervención quirúrgica la solución adecuada para una paciente de la tercera edad, con evidentes e importantes riesgos quirúrgicos. Se decidió entonces realizar un nuevo y más detallado análisis del rayo x de abdomen, y es cuando se encuentra un elemento inadvertido anteriormente, consistente en una imagen radiolúcida (fácil de diferenciar de la radiotransparencia producida por la distensión de asas delgadas) en forma de s alargada, situada en la proyección de la fosa ilíaca derecha (Fig 2), que recordaba un apéndice vermiforme lleno de gas, hallazgo que ayudó a definir con bastante exactitud el diagnóstico de apendicitis aguda de causa obstructiva, y se indicó, por ende, el tratamiento quirúrgico de urgencia para esta paciente.



Fig 2 Vista ampliada de la proyección radiológica de la fosa ilíaca derecha. Se ha dibujado el contorno del neumoapéndice. Obsérvese su posición inferointerna, con trayecto ascendente, y su posible relación con las asas delgadas distendidas (presumiblemente de íleon terminal) que generalmente acompañan a la apendicitis aguda.

En la operación se encontró, efectivamente, un apéndice cecal en posición inferointerna con trayecto ascendente, hipervascularizado, distendido, y con un fecalito fácilmente palpable, que obstruía su luz en el tercio proximal del órgano. El estudio histopatológico de la muestra informó el resultado de apendicitis aguda catarral.

Comentario

Conocida como neumoapéndice, la presencia de gas en el apéndice vermiforme es un signo difícil de encontrar la mayoría de las veces, y en ocasiones puede ser un hallazgo fisiológico⁹, pero en el contexto de un cuadro clínico atípico, que apunta hacia el dictamen de una apendicitis aguda, refuerza el diagnóstico, si se tiene en cuenta que ciertamente este órgano, con la luz obstruida por un fecalito, se comporta como una oclusión intestinal localizada en asa cerrada, con la concomitante producción y acumulación de aire, acentuado además, por la presencia de gran cantidad de gérmenes productores de gas¹⁰.

En no pocas ocasiones, el acertado diagnóstico de la apendicitis aguda requiere del médico general integral o del cirujano general, profundas habilidades y destrezas en la realización de un concienzudo examen físico a su paciente, complementado con la indicación y adecuado entendimiento de los resultados ofrecidos por ciertos estudios paraclínicos, que no siempre son los más idóneos, pero sí los que tenemos a nuestra disposición. En este escenario, el hallazgo del signo radiológico que hemos descrito, aunado al cuadro clínico del paciente, permitirá indudablemente un enfoque más científico y abarcador en la diagnosis de esta importante enfermedad.

Referencias bibliográficas

1. Wong Pujada P, Morón Antonio P, Espino Vego C, Arévalo Torres J, Villaseca Carrasco R. Apendicitis aguda. En: Departamento académico de cirugía. Cirugía general [monografía en Internet]. 2006 [15 Ene 2009]. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/Libros/medicina/cirugia/Tomo_I/Cap_11_Apendicitis%20aguda.htm

2. Pardo G. Apendicitis aguda. En: García A, Pardo G. Cirugía vol.3. La Habana: Ciencias Médicas; 2007. p. 1080-94.
3. Simpson J, Speake W. Appendicitis. Clin Evid. 2005;14:529-35.
4. Way L. Appendix. In: Doherty GM. Current Surgical. Diagnosis and Treatment.12th ed. New York: Mc Graw Hill; 2006. p. 648-53.
5. Grupo Nacional de Cirugía. Apendicitis aguda. En: Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en cirugía. 3^a ed. La Habana: Pueblo y Educación; 2005. p. 516-21.
6. Wilson S. Appendicitis. In: Current clinical strategies of surgery. California: Current Clinical Strategies Publishing; 2002. p. 54-5.
7. Krob MJ, Laberge M. Appendectomy. In: Senagore A. The Gale Encyclopedia of surgery: A guide for patients and caregivers. Detroit: Gale Group Inc; 2004. p. 107-10.
8. Jiménez Carrazana A, Rodríguez López-Calleja C. Apendicectomía. En: Manual de técnicas quirúrgicas. La Habana: Ciencias Médicas; 2008. p. 35- 7.
9. Cortés C. Gases del abdomen su utilidad diagnóstica: gases endoluminales. Rev Chil Radiol. 2002;8(1):5-12.
10. Rodríguez-Loeches J. Síndrome peritoneal. En: Características clínicas y diagnóstico del abdomen agudo. La Habana: Científico-Técnica; 1989. p. 39-88.

Recibido: 3 de febrero de 2009

Aprobado: 18 de marzo de 2009