

Apendicitis aguda de evolución clínica atípica: presentación de un caso

Acute appendicitis of atypical clinical evolution: a case report

Dairon Manuel Fernández-Martínez ^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4111-7614>

Yinet del Carmen Castañeda-García ² <https://orcid.org/0000-0002-5324-6579>

José Manuel Suárez-Villalobos ³ <https://orcid.org/0000-0001-8131-2521>

¹ Estudiante de 5^{to} año de Medicina. Alumno Ayudante de Cirugía General. Universidad de Ciencias Médicas. Facultad de Ciencias Médicas. Camagüey, Cuba.

² Estudiante de 5^{to} año de Medicina. Alumna Ayudante de Medicina Intensiva y Emergencias. Universidad de Ciencias Médicas. Facultad de Ciencias Médicas. Camagüey, Cuba.

³ Universidad de Ciencias Médicas. Hospital General Universitario Armando Enrique Cardoso, Guáimaro. Camagüey, Cuba.

* Correspondencia. Correo electrónico: fernandezdairon99@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La apendicitis es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico y cirugía en los servicios de urgencia. Se estima que 7 % de la población la padecerá en algún momento de su vida. El diagnóstico de apendicitis aguda es en esencia clínico y la presentación puede ser típica o atípica.

Objetivo: Presentar un caso de apendicitis aguda de evolución clínica atípica e informar al cirujano sobre las formas clínicas atípicas en las que se puede manifestar una apendicitis aguda.

Caso Clínico: Paciente blanca femenina de 21 años de edad con antecedentes de salud que comienza con dolor en bajo vientre, dolor al contacto sexual y secreciones blanquecinas, niega trastornos menstruales, no fiebre, no náuseas ni vómitos. Como parte del estudio se le realizó un tacto vaginal el cual fue doloroso hacia el fondo del saco lateral derecho, se interpretó como una enfermedad inflamatoria pélvica aguda y se le colocó tratamiento. Al tercer día la paciente regresó y refirió fiebre de 38,5 °C, náuseas y vómitos. Refirió además que el dolor en bajo vientre era persistente y más intenso, con un examen físico positivo y exámenes complementarios que confirmaron el diagnóstico de apendicitis.

Conclusiones: La clínica clásica de la apendicitis debe complementarse con el conocimiento de las presentaciones atípicas que son más frecuentes de lo que se describen.

DeCS: APENDICITIS/diagnóstico; APENDICITIS/cirugía; ABDOMEN AGUDO/diagnóstico; LAPAROTOMÍA; INFORMES DE CASOS.

ABSTRACT

Introduction: Appendicitis is the most frequent cause of acute surgical abdomen and surgery in emergency services. It is estimated that 7% of the population will suffer from it at some point in their lives. The diagnosis of acute appendicitis is essentially clinical, and the presentation may be typical or atypical.

Objective: To present a case of acute appendicitis with atypical clinical evolution and to inform the surgeon about the atypical clinical forms in which acute appendicitis can manifest.

Clinical Case: A 21-year-old white female patient with a health history that begins with pain in the lower abdomen, pain on sexual contact and whitish secretions, denies menstrual disorders, no fever, no nausea or vomiting. As part of her study, a vaginal examination was performed which was painful towards the bottom of the right lateral sac, it was interpreted as an acute pelvic inflammatory disease and treatment was placed on her. On the third day, the patient returned and reported a fever of 38.5 °C, nausea and vomiting. She also reported that the pain in the lower abdomen was persistent and more intense, with a positive physical examination and complementary tests that confirmed the diagnosis of appendicitis.

Conclusions: The classic clinic of appendicitis must be complemented with the knowledge of atypical presentations that are more frequent than described.

DeCS: APPENDICITIS/diagnosis; APPENDICITIS/surgery; ABDOMEN, ACUTE/diagnosis; LAPAROTOMY; CASE REPORTS.

INTRODUCCIÓN

La apendicitis es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico y cirugía en los servicios de urgencia, se estima que el 7 % de la población la padecerá en algún momento de su vida.^{1,2} El cuadro clínico clásico de apendicitis tal como se conoce, fue descrito hace 120 años, en aquella temprana descripción se hacía énfasis en su diagnóstico oportuno y tratamiento temprano.³

La demostración de que la inflamación por perforación del apéndice cecal era una causa frecuente de muerte por peritonitis en 1886

por Reginald Fitz, patólogo de la Escuela de Medicina de Harvard, puso fin a 70 años de controversias sobre la conducta adecuada en el proceso patológico que desde entonces se conoce como apendicitis aguda.⁴

El diagnóstico de apendicitis aguda es en lo fundamental clínico y aunque hay casos en que la presentación es atípica, muchos pacientes se presentan con la semiología característica. La migración del dolor que de forma final se localiza en la fosa ilíaca derecha y que se pesquisa en la palpación del punto de

McBurney, asociado a resistencia muscular local, hace que el diagnóstico de apendicitis aguda sea muy probable. ¹

La mortalidad que llegaba a 26 % de los casos, en la actualidad es menor a 1 %. La morbilidad no ha experimentado una disminución tan dramática. Esto se debe en parte, a la demora en el diagnóstico debido a las presentaciones atípicas de esta enfermedad frecuente y muy conocida. ³

Dada la relativa frecuencia con que se presentan, es importante para el cirujano conocer sobre las formas clínicas atípicas en las que se puede presentar una apendicitis aguda. A continuación se presenta un caso de apendicitis aguda de evolución clínica atípica.

CASO CLÍNICO

Paciente blanca femenina de 21 años de edad con antecedentes de salud aparentes que acude al cuerpo de guardia del Hospital General Universitario Armando Enrique Cardoso por presentar dolor en bajo vientre, acompañado de dolor al contacto sexual y secreciones blanquecinas. Niega trastornos menstruales, no fiebre, no náuseas ni vómitos.

Datos positivos al examen físico:

Tacto vaginal: doloroso hacia el fondo del saco lateral derecho.

Se interpretó como una enfermedad inflamatoria pélvica aguda. Se le indicó tratamiento antimicrobiano por vía oral con ciprofloxacino (250 mg) y metronidazol (250 mg) en la casa. Al tercer día la paciente regresó y refirió fiebre de 38,5 °C, náuseas y vómitos. Refirió además que el dolor en bajo vientre fue persistente y que en ese momento era más intenso.

Datos positivos al examen físico:

Frecuencia cardíaca: 92 latidos por minutos.

Frecuencia respiratoria: 21 respiraciones por minutos.

Tensión arterial: 130/90 mmHg.

Temperatura: 37,8 °C.

Abdomen: doloroso y distendido en el hipogastrio, sobre todo hacia el lado derecho con reacción peritoneal, ruidos hidroaéreos normales, Signo de McBurney positivo, Signo de Blumberg positivo, Signo de Rovsing positivo, Signo de Dunphy positivo y signo de Murphy negativo.

Tacto vaginal: útero de tamaño normal no doloroso a la movilización. Dolor intenso hacia el fondo del saco lateral derecho, sin poder precisar anejos.

Se le realizó leucograma con diferencial donde se encontró leucocitosis (leucocitos totales $12,5 \times 10^9/L$) con marcada neutrofilia (90 %).

Ultrasonido Abdominal: útero de tamaño normal, anejos sin alteraciones. Aumento del patrón gaseoso hacia fosa ilíaca derecha.

Se decide realizar laparotomía exploratoria por cuadro de abdomen agudo secundario a una apendicitis aguda. Los hallazgos quirúrgicos muestran una apendicitis gangrenosa en posición pélvica con la punta del apéndice en contacto con el anejo derecho. Se realizó apendicectomía, lavado con iodo y se dejó sonda de drenaje de cavidad peritoneal. Se indicó tratamiento antibiótico con Ceftriaxona (bulbo 1 g) y Metronidazol (frasco 500 mg). Se constata evolución clínica positiva por lo que es dada de alta a los ocho días con seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN

La apendicitis aguda es el padecimiento que con más frecuencia requiere cirugía abdominal de urgencia; los síntomas atípicos sobrevienen en 44,6 % de los pacientes, circunstancia que retrasa el diagnóstico.⁵

El diagnóstico de apendicitis aguda es clínico y la presentación de apendicitis aguda puede ser típica o atípica.⁶ El enfoque diagnóstico y terapéutico de la apendicitis aguda continúa siendo un reto médico, en especial en presentaciones atípicas de esta enfermedad.⁷

Roldán et al.⁸ y Beaumont et al.,⁹ enfatizan que la apendicitis aguda es una condición que necesita ser diagnosticada de manera temprana para tener un adecuado tratamiento y evitar complicaciones que incluyen masas inflamatorias, abscesos, ruptura del apéndice, perforación, peritonitis generalizada entre otras.

Ocurre con mayor frecuencia en la segunda y tercera década de la vida. Su incidencia es de 233/100 000 habitantes de forma aproximada y alcanza su pico máximo en el grupo de edad de los 10 a los 19 años.^{10,11,12}

Beltrán et al.,³ realizaron un estudio con 186 pacientes de ellos 49 % presentó algún síntoma atípico y 51 % constituyeron el grupo de clínica clásica. De igual manera Rochlani et al.,¹³ estudiaron los archivos de casos de 100 pacientes, de ellos el 34 % tenían características de apendicitis atípica. El grupo de edad más común con casos atípicos fue 11-20 (24 %). El síntoma más común en casos atípicos fue dolor (100 %) seguido de náuseas / vómitos (41 %), fiebre (35 %), síntomas urinarios (35 %), diarrea (12 %) y flujo vaginal (6 %), características que

coinciden algunas con el caso.

Vergara et al.,¹⁰ sostienen que un acercamiento clínico, basado en síntomas y signos, constituye la piedra angular del diagnóstico de la apendicitis aguda. El síntoma más característico de la enfermedad es el dolor; de tal manera que la ausencia de éste y la ausencia de resistencia muscular hacen dudar de su diagnóstico. Sin embargo, es importante conocer que, en el contexto de pacientes que padecen mielitis transversa o trastornos semejantes el dolor puede estar ausente.

Como plantean Vergara et al.¹⁰ y Bryan et al.,¹² de forma típica el dolor abdominal se percibe en un inicio difuso, no muy intenso, de origen visceral, localizado en epigastrio o región periumbilical; en ocasiones con carácter cólico. Luego de un intervalo de uno a dos horas migra y se sitúa en la fosa iliaca derecha, donde se hace constante y estable. Esta secuencia clínica del origen dolor se presenta en 55 % de los pacientes con apendicitis y se denomina dolor típico.

Las historias atípicas pueden incluir dolor en el cuadrante inferior derecho como síntoma inicial. Apendicitis aguda con presentación atípica: localización retrocecal, mala rotación por *situs inversus*, apéndice con hernia inguinal, apendicitis de punta, apendicitis de muñón y aire apendicular intraluminal.^{6,14}

Muhammed et al.,⁶ mencionan que entre las anomalías apendiculares que simulan apendicitis aguda se pueden citar: dilatación apendicular, diverticulitis apendicular, inflamación apendicular por contigüidad, tumores y mucocele.

Según Pardo et al.,¹⁵ existen una serie de

afecciones ginecológicas que de manera frecuente confunden al cirujano con una apendicitis aguda como embarazo ectópico roto, anexitis aguda, torsión de quiste de ovario y ruptura de folículo ovárico. En todos estos pacientes del sexo femenino el examen físico ginecológico, los síntomas precedentes, permiten hacer el diagnóstico, pero si el cirujano se encontrara en una gran duda, los exámenes complementarios: la punción abdominal o el de Douglas, la laparoscopia del bajo abdomen, permiten hacer el diagnóstico con certeza y en caso extremo la laparotomía, ya que es preferible extirpar un apéndice sano a dejar la perforación y la peritonitis en un enfermo.

De acuerdo con Motta et al.,⁵ en más de un tercio de las pacientes femeninas en edad fértil y en las que ocurre la apendicitis atípica, esta se confunde con infecciones de vías urinarias, enfermedad inflamatoria pélvica aguda o, incluso, afección endometrial del apéndice cecal, lo cual coincide con el caso.

Es necesario aclarar que las localizaciones del apéndice que no sean las habituales pueden hacer variar la sintomatología y algunos signos del examen físico. En el caso de que el apéndice se encuentre en posición pelviana la sintomatología se hace más baja lo que provoca tenesmo rectal o vesical y al hacer el tacto rectal o vaginal se despierta un dolor intenso, de forma similar a lo ocurrido con el caso presentado.¹⁵

En la opinión de Motta et al.,⁵ un porcentaje significativo de pacientes acude con síntomas atípicos de apendicitis debido, sobre todo, a las horas de evolución, a la tolerancia al dolor, al grado de afección apendicular, a la localización del apéndice, a los padecimientos concomitantes y a las variantes anatómicas insospechadas. Por lo tanto, el médico debe auxiliarse en exámenes de laboratorio (recuento de leucocitos, granulocitos, relación: granulocitos-linfocitos, PCR) y radiológicos (proyección radiológica simple de abdomen, ultrasonido abdominopélvico y tomografía computada abdominopélvica) para alcanzar mayor certeza diagnóstica.⁵

Pinzón et al.,⁷ y Ostis et al.,¹⁶ coinciden en señalar que la apendicitis atípica es un cuadro que en ocasiones se diagnostica durante una colonoscopia. El manejo de estos pacientes es poco claro y suele ser determinado por el médico tratante.

En estudios realizados por Casado et al.,¹⁷ Meléndez et al.,¹⁸ Cárdenas et al.¹⁹ y de Quesada et al.,²⁰ para evaluar la utilidad, sensibilidad y especificidad de la escala de Alvarado,²⁰ en el diagnóstico de pacientes con sospecha de apendicitis aguda, los autores concuerdan en afirmar que esta escala es una herramienta muy útil, con un alto porcentaje de sensibilidad y una buena especificidad en relación con el diagnóstico histopatológico (Tabla 1).

Tabla 1 Escala de puntuación para el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda según la escala de Alvarado.²⁰

| Aspectos | Manifestaciones clínicas y de laboratorio | Puntuación |
|-----------------|---|------------|
| Síntomas | Migración del dolor a fosa ilíaca derecha | 1 |
| | Anorexia | 1 |
| | Náuseas y/o vómitos | 1 |
| Signos | Dolor en cuadrante inferior derecho | 1 |
| | Dolor al rebote o descompresión | 2 |
| | Fiebre | 1 |
| Laboratorio | Leucocitosis | 2 |
| | Desviación izquierda | 1 |
| Total de puntos | | 10 |

En los casos atípicos el modelo predictivo de la escala de Alvarado,²⁰ junto con la tomografía computada como herramienta complementaria, han demostrado su valor fortalecido cuando se combinan con una historia clínica completa y exploración física exhaustiva.⁵

CONCLUSIONES

La clínica clásica de la apendicitis debe complementarse con el conocimiento de las presentaciones atípicas que son más frecuentes de lo que en ocasiones se describen en la literatura. En el diagnóstico de apendicitis aguda predomina la clínica y ningún síntoma, signo o hallazgo, por sí solo, es suficiente para establecer el diagnóstico o excluirlo. La presencia de síntomas atípicos en este caso condujo a un retraso en el diagnóstico de esta enfermedad. En ocasiones el cuadro clínico puede resultar poco claro, como en el caso presentado, por lo que es fundamental para el cirujano conocer la diversidad de síntomas y signos que condicionan un cuadro de apendicitis aguda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Korn O. Apendicitis aguda sin dolor o El pa-

<http://www.revprogaleño.sld.cu/>

raíso de los tontos. Caso clínico. Rev Méd Chile [Internet]. 2008 [citado 21 Feb

2021];136:1559-63. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008001200008

2. Lynch DT, Lott L, Cebe MK, McDonald JM, Abplanalp A, Tully MC, et al. Adenovirus-Associated Acute Appendicitis: An Under-Recognized Relationship?. Milit Med [Internet]. 2017 May [citado 21 Feb 2021];182(5):e1765-e1768. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29087922/>

3. Beltrán M, Tapia TF, Cruces K, Rojas J, Araya T, Barraza M, et al. Sintomatología atípica en pacientes con apendicitis. Estudio retrospectivo. Rev Chil Cirug [Internet]. 2005 Oct [citado 21 Feb 2021];57(5):417-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3455/345531913011.pdf>

4. Beltrán M, Billar R, Tapia TF, Cruces K. Sintomatología atípica en 140 pacientes con apendicitis. Rev Chil Cirug [Internet]. 2004 Jun [citado 21 Feb 2021];56(3):269-74. Disponible en: https://www.cirujanosdechile.cl/revista_anteriores/PDF%20Cirujanos%202004_03/Rev.Cir.3.04.%2813%29.AV.pdf

5. Motta Ramírez GA, Méndez Colín E, Martínez Utrera MJ, Bastida Alkicira J, Aragón Flores M,

Garrido Sánchez GA, et al. Apendicitis atípica en adultos. Anales de Radiología México [Internet]. 2014 Abr-Jun [citado 21 Feb 2021];13(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2014/arm142j.pdf>

6. Muhammed AS, Aye M, Harshad R, Malik KK. A case report: Unusual Presentation of a Common Disease. Biomed J Sci Tech Res [Internet]. 2019 [citado 21 Feb 2021];19(2). Disponible en: <https://biomedres.us/pdfs/BJSTR.MS.ID.003272.pdf>

7. Pinzón AA, Chavarro Orjuela O, Cardona Ramírez JD. Apendicitis atípica diagnosticada durante una colonoscopia: Reporte de un caso clínico. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. 2017 Jul-Sep [citado 21 Feb 2021];32(3). Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/158>

8. Roldán Carrillo GA. Obstrucción intestinal por anudamiento: presentación atípica de apendicitis aguda. Reporte de caso clínico [tesis]. Quito: Universidad San Francisco De Quito; 2015 [citado 21 Feb 2021]. Disponible en: <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/5831/1/122605.pdf>

9. Beaumont O, Miller R, Guy R. Atypical presentation of appendicitis. BMJ Case Rep [Internet]. 2016 [citado 21 Feb 2021];2016:bcr2016217293. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5129176/>

10. Vergara Dagobeth E, Muñoz Ortiz M, Vergara García DA. Plastrón apendicular secundario a apendicitis aguda de presentación clínica atípica: Un reporte de caso y revisión de la literatura. REVISALUD Unisucre [Internet]. 2013 [citado 21 Feb 2021];1(2):116-21. Dis-

ponible en: <https://www.readcube.com/articles/10.24188%2F23394072.v1.n2.2013.108>

11. Wang Z, Ye J, Wang Y, Liu Y. Diagnostic accuracy of pediatric atypical appendicitis. Three case report. Medicine [Internet]. 2019 Mar [citado 21 Feb 2021];98(13):e15006. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6455996/>

12. Bryan J, Ashcroft J, Hudson VE, Wong KY. Unusual presentation of appendicitis as soft tissue infection of the thigh. J Surg Case Rep [Internet]. 2021 Ene [citado 21 Feb 2021];2021(1):rjaa505. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7794021/>

13. Rochlani TP, Shaparia PS, Trivedi HP, Desai TJ. A Retrospective Study on Atypical Presentation of Uncomplicated Appendicitis in a Tertiary Centre with Emphasis on Management Strategy. J Med Scien Clin Res [Internet]. 2018 Jul [citado 21 Feb 2021];6(7). Disponible en: <http://jmscr.igmpublication.org/home/index.php/current-issue/5385-a-retrospective-study-on-atypical-presentations-of-uncomplicated-appendicitis-in-a-tertiary-centre-with-emphasis-on-management-strategy>

14. Seyedhosseini-Davarani S, Akhgar A. Atypical Presentation of Acute Appendicitis: A 32-year-old man with Gastroenteritis Symptoms; an Educational Case. Adv J Emerg Med [Internet]. 2018 [citado 21 Feb 2021];2(2):e21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6549050/>

15. Pardo Gómez G, García Gutiérrez A. Temas de Cirugía. Tomo 2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.

16. Ostis M, Amorena E, Campillo A, Bermejo R, Escolar F. Apendicitis aguda atípica diagnosticada durante una colonoscopia. *Anales Sis San Navar* [Internet]. 2013 Ene-Abr [citado 21 Feb 2021];36(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272013000100015
17. Casado Méndez PR, Santos Fonseca RS, Martínez DR, Ferrer Magadán CE, Méndez Jiménez O. Evaluación de la escala de Alvarado como herramienta diagnóstica en la apendicitis aguda. *Rev cuba cir* [Internet]. 2020 [citado 30 Mar 2022];59(2). Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/892/512>
18. Meléndez Flores JE, Cosío Dueñas H, Sarmiento Herrera WS. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de pacientes atendidos por apendicitis aguda en Hospitales del Cusco. *Horiz Med* [Internet]. 2019 Mar [citado 30 Mar 2022];19(1):13-18. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/827>
19. Cárdenas O, Samudio M. Utilidad de la Escala de Alvarado en pacientes con sospecha de apendicitis aguda en un hospital público de Ciudad del Este, Paraguay. *Rev cient Cienc salud* [Internet]. 2019 Jun [citado 30 Mar 2022];1(1):1-10. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/rccsalud/v1n1/2664-2891-rccsalud-1-01-1.pdf>
20. de Quesada Suárez L, Ival Pelayo M, Gon-

zález Meriño CL. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. *Rev cuba cir* [Internet]. 2015 Abr-Jun [citado 30 Mar 2022];54(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000200004

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Dairon Manuel Fernández-Martínez (Conceptualización. curación de datos. análisis formal. Investigación. Metodología. Administración del proyecto. Supervisión. Visualización. Redacción del borrador original. Revisión y edición).

Yinet del Carmen Castañeda-García (Curación de datos. Análisis formal. Metodología. Redacción del borrador original. Revisión y edición).

José Manuel Suárez Villalobos (Conceptualización. Investigación. Visualización. Redacción del borrador original. Revisión y edición).

Recibido: 10/04/2022

Aprobado: 20/04/2022