0464

APENDICITIS AGUDA PERFORADA DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA POSTILEAL

Autores: Leusson M_1; Peñaranda J_2; Avila L_3; Herrera Y_4; Morante P_5; Callapa R_6.

1 Residente, servicio de diagnóstico por imágenes, Hospital HIGA EVITA DE LANUS

2 Residente, servicio de diagnóstico por imágenes, Hospital HIGA EVITA DE LANUS

3 Residente, servicio de diagnóstico por imágenes, Hospital HIGA EVITA DE LANUS

4 Residente, servicio de diagnóstico por imágenes, Hospital HIGA EVITA DE LANUS

5 Residente, servicio de diagnóstico por imágenes, Hospital HIGA EVITA DE LANUS.

6. Residente, servicio de diagnóstico por imágenes, Hospital HIGA EVITA DE LANUS.

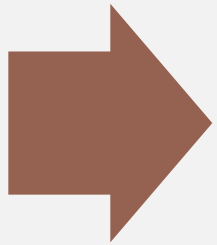
CADI 2024
CONGRESO ARGENTINO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Los autores del trabajo, declaran no tener ningún conflicto de interés

Ciudad autónoma de Buenos Aires, argentina – maiirita-l06@hotmail.com

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente de 25 años de edad sin antecedentes patologicos conocidos, quien ingresa por guardia con cuadro clínico de dos dias de evolución de dolor abdominal tipo cólico el cual se localiza en mesogastrio, asociado a nauseas y vomito, es valorado por cirugía general quienes no encuentran al examen fisico signos de irritacion peritoneal y en la ecografia reportan litiasis vesicular sin signos inflamatorios, por lo cual es dado de alta.



24 horas mas tarde intercurre con dolor abdominal generalizado, con una intensidad de 9/10, se presenta a la guardia donde al examen fisico presenta dolor la palpacion en el punto de Mc Burney y Blumberg (+), se solicitan nuevos examenes de laboratorio donde se evidencia leucocitosis de 18.000 y uroanalisis no patologico. Se solicita TC de abdomen y pelvis con contraste oral.

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

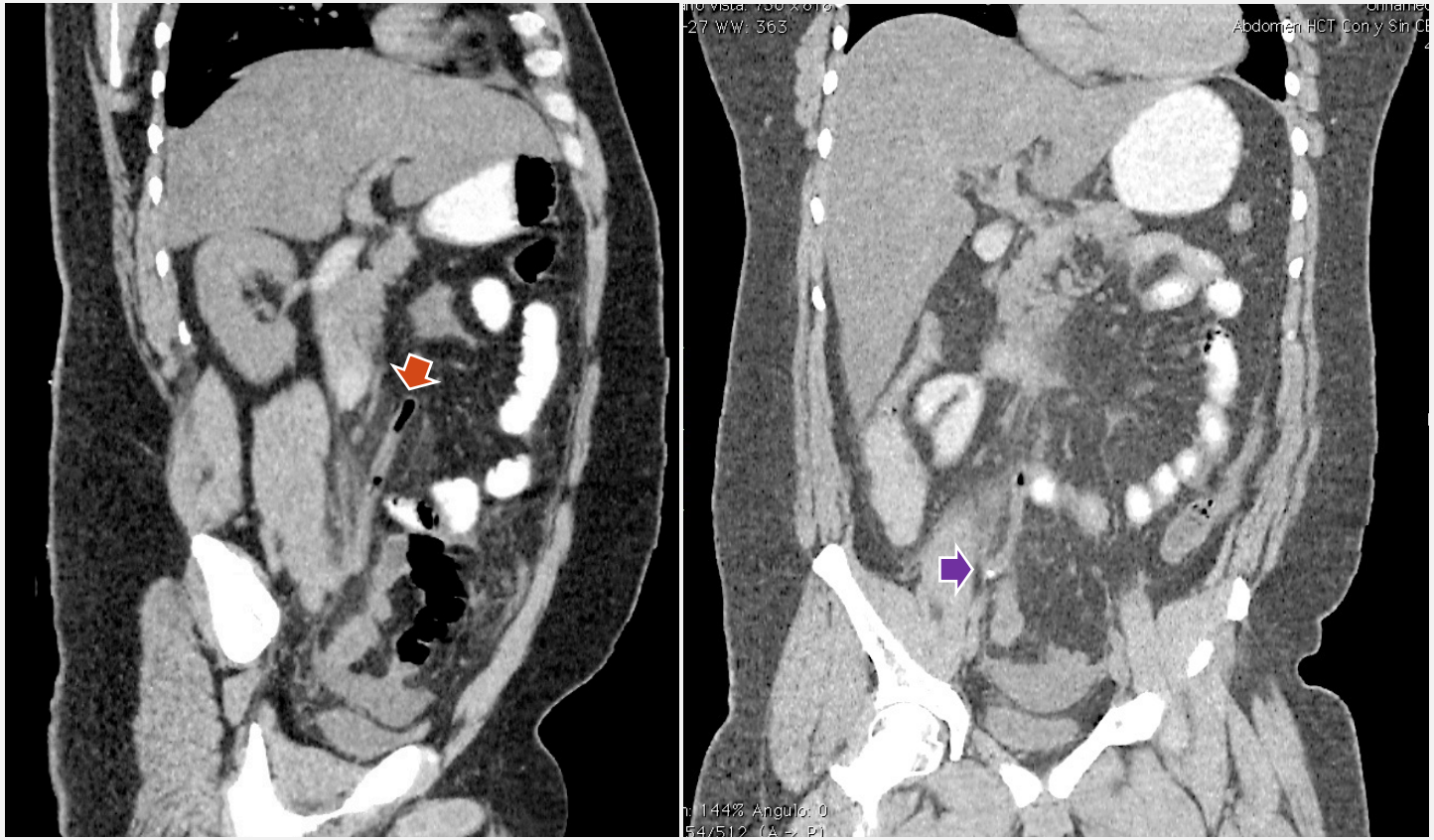


Figura 1 TC de abdomen y pelvis con contraste oral, corte sagital y coronal. Se observa incremento del calibre y la longitud del apéndice cecal, con un DAP de 10 mm y se ubica a nivel de la línea media abdominal de disposición Postileal (flecha naranja), con imágen hiperdensa de aspecto cálcico en su base, en relación a apendicolitos (flecha morada).

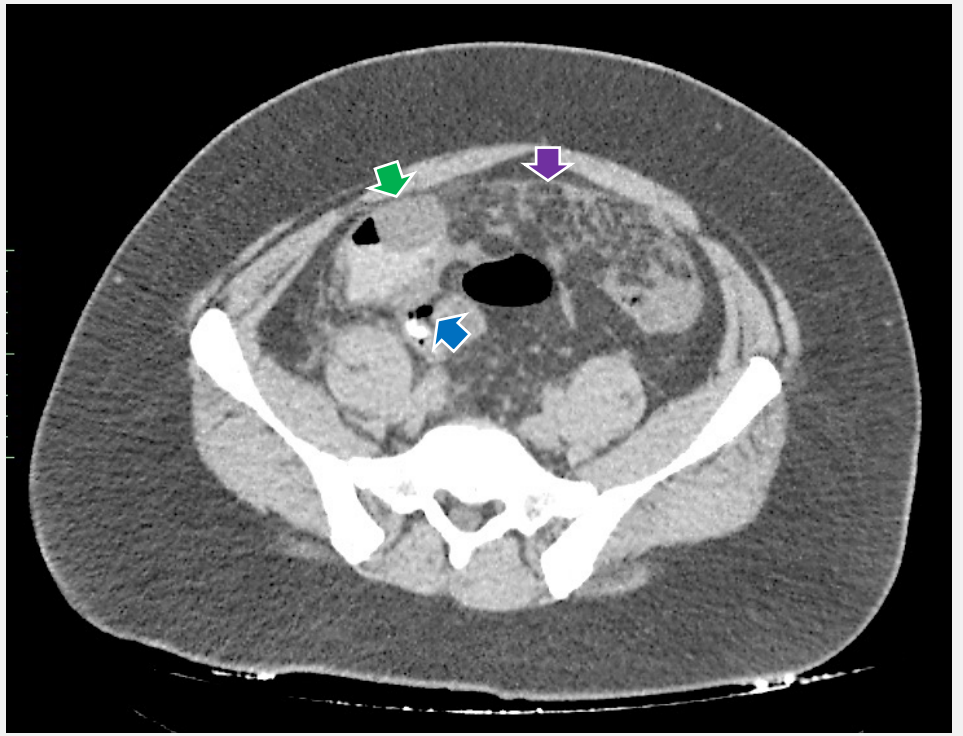


Figura 2 TC de abdomen y pelvis con contraste oral, corte axial. Se observa solución de continuidad de la pared del apéndice cecal, con pequeñas burbujas aéreas de proyección extraluminal (flecha azul) y presencia de liquido libre regional a predominio de la región cecal (flecha verde). Se evidencian signos de paniculitis mesentérica colónica asociada (flecha morada). Hallazgos en relación a apendicitis perforada postileal.

DISCUSIÓN

El apéndice vermiforme se considera el órgano mas variable del cuerpo humano. Identificamos habitualmente la base del apéndice en el aspecto posteromedial del ciego, a unos 2 cm de la válvula ileocecal.

Sin embargo la punta puede presentar variaciones en su localización debido a su longitud variable, su movilidad y de acuerdo a la posición del ciego.

En individuos con el apéndice de localización atípica, los síntomas en caso de apendicitis pueden llevar a un diagnostico erróneo (colecistitis, diverticulitis, patología ginecológica), etc.

Es importante ademas tener presente que los "signos peritoneales" pueden no estar presentes o ser tardios cuando la localizacion del apendice no contacta con el peritoneo parietal, como en este caso, cuya localizacion es postileal.

CONCLUSIÓN

La apendicitis aguda es una patologia frecuente, en la que las pruebas de imagen juegan un papel muy importante.

Sin embargo existen numerosas circunstancias que pueden condicionar una presentacion clinica o hallazgos imagenologicos atipicos que debemos tener en cuenta para optimizar el manejo diagnostico y terapeutico.

Debemos conocer que hay múltiples variantes en la localización del apéndice cecal, así como alteraciones anatómicas del tubo digestivo por las que el apéndice se localiza en regiones abdominales distintas de la FID.

BIBLIOGRAFÍA

- Zacharzewska-Gondek, A, Szczurowska A, Guzinski M, Sasiadek M, Bladowska J. A pictorial essay of the most atypical variants of the vermiform appendix position in computed tomography with their possible clinical implications. Polish journal of radiology.2019; 84: e1-e8. DOI:10.5114/pjr.2018.81158 5.

- Van den Worm L, Georgiou E, De Klerk M. C-reactive protein as a predictor of severity of appendicitis. S Afr J Surg. 2017;55(2):14-17. Disponible en: https:// pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28876618/

- Yu YR, Shah SR. Can the diagnosis of Appendicitis Be Made Without a Computed Tomography Scan?. Adv Surg. 2017;51(1):11-28. DOI:10.1016/j. yasu.2017.03.002

- Wagner M, Tubre DJ, Asensio JA. Evolution and Current Trends in the Management of Acute Appendicitis. Surg Clin North Am. 2018;98(5):1005-1023. DOI:10.1016/j.suc.2018.05.006