

Apendicitis Aguda

Un Caso en el Canal Inguinal Derecho

C. A. DE LEON, M.D.

Palabras claves: Apendicitis, Abdomen agudo, Canal inguinal, Laparotomía

Presentamos el caso poco frecuente de una paciente de 70 años, del sexo femenino, la cual presentó un cuadro de apendicitis aguda, con la variante de que el apéndice se hallaba en el canal inguinal derecho.

Esta rara localización del apéndice cecal dificultó considerablemente el diagnóstico, hasta el punto de que la paciente sólo fue llevada al quirófano al 5o. día de hospitalización.

Esta variante de la anatomía topográfica del apéndice, nos llamó la atención y consideramos de utilidad compartir la experiencia con el resto de los cirujanos, sobre todo con los colegas jóvenes y con aquellos que trabajan en provincias y áreas apartadas.

INTRODUCCION

Sin lugar a dudas, el cuadro de apendicitis aguda es la urgencia más frecuente en los hospitales del mundo dedicados a la cirugía, desde que el profesor y patólogo Reginal H. Fitz dedujo, en 1886, la relación existente entre la inflamación aguda del apéndice, la peritonitis y el absceso en la fosa ilíaca derecha, recomendando su extirpación quirúrgica (1).

En la mayoría de los casos, el cuadro de apendicitis aguda es diagnosticado por los médicos internos o médicos generales, sin mayores problemas y sin necesidad de recurrir a refinados métodos diagnósticos tales como ultrasonido, tomografía axial computarizada (2), etc. Sin embargo, en algunos casos su diagnóstico se dificulta sobre todo si la localización del apéndice cecal no es la usual. Algunos autores señalan, además, la baja frecuencia del cuadro de apendicitis aguda en pacientes mayores de 60 años, como nuestro caso (3).

El mensaje importante que nosotros queremos transmitir es que el apéndice cecal puede encontrarse en diversos sitios tales como el canal inguinal derecho, e inflamarse en forma aguda dentro del mismo, enmascarándose todo

el cuadro clínico por la escasa repercusión del estado agudo dentro del abdomen.

CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino, de 70 años de edad, quien ingresa por Urgencias al Servicio de Cirugía luego de presentar dolores abdominales difusos durante 10 días, acompañados de fiebre no cuantificada y diarrea constante en los últimos 4 días, habiendo sido tratada con antibióticos tipo garamicina en forma ambulatoria por haberse encontrado signos de infección de las vías urinarias en el examen parcial de orina.

A su ingreso presentaba deterioro de su condición general, dolor en la fosa ilíaca derecha sin signo de rebote, donde además se palpaba una masa blanda y depresible. Al tacto rectal acusaba dolor sobre la fosa ilíaca derecha; el examen ginecológico fue normal.

Los valores hemáticos en relación con el leucograma y la hemoglobina durante el preoperatorio, se aprecian en la Tabla 1.

Tabla 1. Valores hemáticos durante la evolución preoperatoria.

Fecha	Leucocitos, fórm. difer.	Hgb.
10-5-88	15.700 (n-89; 1-11)	11.3 gr.
11-5-88	Ingreso al hospital	
11-5-88	13.750 (n-80; 1-13)	12.1 gr.
13-5-88	15.000 (n-93; 1-7)	10.7 gr.
14-5-88	15.800 (n-87; 1-13)	11.2 gr.
15-5-88	19.700 (n-86; 1-14)	12.2 gr.

El diagnóstico clínico de ingreso fue el de plastrón apendicular, aparentemente confirmado por un estudio ultrasonográfico efectuado el mismo día de la hospitalización.

Fue sometida a antibioticoterapia a base de clindamicina y garamicina en dosis adecuadas, por vía parenteral (i.v.).

Doctor César A. De León P., Prof. Asist. de Cirugía, Fac. de Med., U. de Panamá, Cirujano de la Caja del Seguro Social de Panamá.

La observación estricta no mostró mejoría clínica y la condición general se deterioraba progresivamente, por lo cual se decidió llevarla al quirófano para practicarle una laparotomía exploradora, con el diagnóstico de plastrón apendicular abscedado.

Durante la laparotomía mediana infraumbilical, pudo comprobarse que la unión ileocecal se encontraba adherida al repliegue peritoneal de la fosa iliaca derecha; luego de la liberación de adherencias laxas no se evidenció el apéndice cecal, como tampoco pudo separarse completamente el ciego del repliegue peritoneal. Una disección minuciosa nos permitió comprobar que el apéndice cecal, agudamente inflamado, se encontraba dentro del canal inguinal derecho. Luego de abrir el anillo inguinal profundo con tijera de disección, se logró extraer el apéndice cecal inflamado, efectuándose una apendicectomía, sin invaginación del muñón apendicular.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, aunque cursó con febrícula e íleo paralítico marcado; sin embargo, no presentó absceso de la incisión quirúrgica.

DISCUSION

Muchos autores consideran necesaria la observación y el seguimiento cuidadoso de los cuadros dolorosos abdominales agudos para evitar operaciones innecesarias (4). En este criterio no todos coincidimos; sin embargo, en el tratamiento conservador del plastrón apendicular no hay discusión, siempre y cuando se efectúe intrahospitalariamente y se usen los antibióticos adecuados y el estricto control clínico.

El cuadro de apendicitis aguda es la causa más común del abdomen agudo en los adolescentes (5). En mujeres jóvenes, en edad reproductiva, el diagnóstico diferencial de esta entidad se debe realizar con una serie de enfermedades ginecológicas propias de este grupo de pacientes (6).

No obstante, en enfermos mayores de 60 años, son menos frecuentes los cuadros de apendicitis aguda (3).

En nuestra paciente, una mujer de 70 años con historia clínica de dolores cuya localización no es la usual en los cuadros de apendicitis aguda, con presencia de leucocituria, ausencia de irritación peritoneal, que es el signo característico indicativo de una inflamación aguda intraperitoneal, indujo a pensar inicialmente en problemas de las vías urinarias; si bien es cierto, como sostienen algunos autores (7), que no hay signos, síntomas o datos de la-

boratorio que señalen el cuadro de apendicitis aguda en el 100% de los casos, menos aún en el caso que nos ocupa en el cual queremos resaltar el hecho de que el apéndice cecal tenía una localización infrecuente, pues se encontraba dentro del canal inguinal derecho, lo que dificultó el rápido diagnóstico y el tratamiento adecuado y precoz de nuestra paciente.

El resultado falso positivo de la ultrasonografía, que diagnosticó la presencia de un plastrón apendicular, fue también un factor que contribuyó al tratamiento conservador, una vez hospitalizada la enferma.

Con la presentación de este caso clínico queremos demostrar que el apéndice cecal puede alojarse en áreas poco usuales que deben tenerse en cuenta para no omitir jamás un cuidadoso examen físico.

Además, ante cualquier duda siempre resulta beneficioso hospitalizar al paciente, para un mejor estudio y observación. Si no acusa mejoría, como en nuestro caso, la laparotomía exploradora está plenamente indicada. No olvidar que las complicaciones de la apendicitis aguda pueden ser fatales, sobre todo si los pacientes son de edad avanzada (8,9).

ABSTRACT

We present an infrequent case of acute appendicitis in a 70 year old lady, in whom the appendix was found inside the inguinal tract.

This strange localization of the appendix made diagnosis difficult and the patient was not operated until the fifth day after admission.

This anatomical variation claimed our attention and we considered it important to publish our experience especially for young colleges which work in rural areas.

Agradecimiento

A todo el personal de la Biblioteca Científica del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja del Seguro Social de Panamá.

REFERENCIAS

- Berry J, Malt R A: Appendicitis Near its Centenary. *Ann Surg* 1984; 200 (5): 567-75
- Balthazar F J, Megibow A J, Huinick D, Gordon R B, Naidich D P, Beranbaum E R: CT of Appendicitis. *A J R* 1986; 147: 705-10
- Sherlock D J: Acute Appendicitis in the Over-Sixty Age Group. *Br J Surg* 1985; 72: 245-6
- Thomson H J, Jones P F: Active Observation in Acute Abdominal Pain. *Am J Surg* 1986; 152: 522-5
- Condon R E: Acute Appendicitis. In: Moody F G et al. *Surgical Treatment of Digestive Diseases*. Chicago, Year Book Medical Publishers, Inc. 1986 pp 615-30
- Nakhgevary K B, Clarke L E: Acute Appendicitis in Woman of Childbearing Age. *Arch Surg* 1986; 121: 1053-5
- Alvarado A: A practical Score for the Early Diagnosis of Acute Appendicitis. *An Emerg Med* 1986; 15 (5): 557-64
- Lau W Y, Teoh-Chan Ch H, Fan S T, Yam W C et al: The Bacteriology and Septic Complication of Patients with Appendicitis. *Ann Surg* 1984; 200 (5): 576-81
- Loizate Totorikaguena A, Lamiquiz Vallejo A, Ramos Prada J, Acha Arrizabalaga A: Neumoperitoneo por Apendicitis Aguda Perforada. *Rev Esp Enfer Apar Digest* 1988; 74 (5): 556-8