ISSN:1578-7516
NUEVO HOSP. (Versión digital)

Apendicitis aguda complicada con absceso periapendicular: utilidad de la tomografía computarizada ante ecografía no concluyente.

Carlos Javier Gallués Caballero, Karina Elizabeth Pillajo Cevallos, Valentina Constanza Lenz Ruiz, Miguel Gonzalo Domínguez.

** MIR. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*
*** LES. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*

Correspondencia: Carlos Javier Gallués Caballero. cjgallues@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción y objetivos: La apendicitis aguda constituye una de las principales causas de abdomen agudo quirúrgico. Aunque el diagnóstico puede ser clínico en casos típicos, las presentaciones atípicas o evolucionadas pueden requerir apoyo radiológico. El objetivo de este trabajo es describir un caso de apendicitis aguda complicada y resaltar el papel de la tomografía computarizada (TC) ante una ecografía no concluyente.

Exposición del caso: Mujer de 28 años que acudió a urgencias por dolor abdominal inicialmente mesogástrico, náuseas y posterior migración del dolor a fosa ilíaca derecha. En la analítica destacaba elevación de reactantes de fase aguda. La radiografía simple de abdomen no mostró hallazgos relevantes y la ecografía abdominal no permitió identificar el apéndice ni signos concluyentes de apendicitis. Ante la persistencia de la sospecha clínica, se realizó TC abdominopélvica con contraste intravenoso, que evidenció apéndice aumentado de calibre, marcada estriación de la grasa periapendicular y colección hidroaérea compatible con absceso periapendicular.

Diagnóstico y discusión: Los hallazgos fueron compatibles con apendicitis aguda evolucionada complicada. La paciente fue intervenida quirúrgicamente, confirmándose el diagnóstico anatomopatológico de apendicitis aguda con periapendicitis. La TC resulta fundamental en casos de discordancia clínico-ecográfica, permitiendo confirmar el diagnóstico, detectar complicaciones y orientar el manejo terapéutico.

PALABRAS CLAVE

Apendicitis aguda. Tomografía computarizada. Ecografía. Absceso periapendicular.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es una de las urgencias quirúrgicas abdominales más frecuentes y una causa habitual de consulta en los servicios de urgencias [1,2]. Puede presentarse a cualquier edad, aunque su incidencia es mayor durante la segunda y tercera décadas de la vida [2]. Desde su descripción como entidad quirúrgica por Reginald Fitz en 1886, continúa siendo una patología de gran relevancia clínica por su frecuencia, potencial evolución hacia formas complicadas y necesidad de diagnóstico precoz [2].

En las formas clásicas, el diagnóstico puede establecerse mediante la combinación de anamnesis, exploración física y parámetros analíticos. Sin embargo, existen presentaciones clínicas atípicas o incompletas que pueden retrasar el diagnóstico y aumentar la morbilidad, especialmente en casos evolucionados con perforación, absceso o peritonitis [1,6].

En este contexto, las técnicas de imagen han adquirido un papel fundamental. La ecografía abdominal suele emplearse como prueba inicial, **especialmente en niños, mujeres jóvenes y** embarazadas, debido a su disponibilidad, bajo coste y ausencia de radiación ionizante [3,5]. No obstante, su rendimiento depende de múltiples factores, entre ellos la experiencia del operador, la constitución del

paciente, la presencia de gas intestinal y la localización del apéndice [3,5].

La tomografía computarizada (TC) abdominopélvica presenta una elevada rentabilidad diagnóstica y permite valorar no solo la presencia de apendicitis, sino también sus complicaciones y posibles diagnósticos alternativos [4,7]. Su utilidad es especialmente relevante cuando existe discordancia entre la sospecha clínica y una ecografía no concluyente.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de apendicitis aguda complicada con absceso periapendicular, destacando la aportación de la TC en el diagnóstico definitivo y en la planificación terapéutica.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 28 años que acudió al servicio de urgencias derivada por su médico de familia por dolor abdominal de 24 horas de evolución, inicialmente localizado en mesogastrio y asociado a náuseas. No refería vómitos, diarrea, fiebre ni clínica miccional. La paciente desconocía la posibilidad de gestación y refería fecha de última regla el 16 de enero de 2026. La exploración clínica inicial no mostró otros hallazgos relevantes.

Se administró tratamiento analgésico intravenoso, con mejoría parcial, y la paciente fue dada de alta con tratamiento analgésico oral. Al día siguiente acudió nuevamente por intensificación del dolor, esta vez localizado en fosa ilíaca derecha, asociado a un episodio aislado de vómito. En la analítica destacaba elevación de reactantes de fase aguda, con leucocitosis, neutrofilia y PCR elevada. En la exploración física presentaba signos de irritación peritoneal, con Blumberg, Rovsing y maniobra del psoas positivos, siendo Murphy negativo. Ante estos hallazgos, ingresó con sospecha clínica de apendicitis aguda.

Inicialmente se realizó radiografía simple de abdomen, sin hallazgos significativos. Posteriormente se practicó ecografía abdominal, en la que no se identificó el apéndice cecal ni se observaron signos directos o indirectos concluyentes de apendicitis.

Dada la persistencia de la sospecha clínica, se completó el estudio mediante TC abdominopélvica urgente tras administración de contraste intravenoso. La TC mostró una estructura apendicular aumentada de calibre, con diámetro transverso máximo de 10 mm (Figura 1A), asociada a marcada estriación de los planos grasos adyacentes (Figura 1B). Además, se identificó una colección hidroaérea medial a la pared apendicular, de aproximadamente 30 x 18 x 18 mm, compatible con absceso periapendicular (Figura 2A). Se observaron pequeños ganglios ileocólicos de tamaño no patológico, de probable carácter reactivo (Figura 2B). El resto de la exploración abdominal no mostró hallazgos relevantes.

Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico radiológico de apendicitis aguda evolucionada complicada con absceso periapendicular. Tras la confirmación diagnóstica, la paciente ingresó en el servicio de Cirugía General y fue intervenida quirúrgicamente sin complicaciones. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de apendicitis aguda con periapendicitis.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

La apendicitis aguda se define como la inflamación del apéndice vermiforme, habitualmente secundaria a obstrucción luminal y sobreinfección bacteriana. Su presentación clínica clásica comienza con dolor abdominal difuso, periumbilical o mesogástrico, que posteriormente migra a la fosa ilíaca derecha conforme progresa la irritación del peritoneo parietal [1,6].

A pesar de esta descripción típica, el diagnóstico puede resultar complejo. Las presentaciones clínicas atípicas, la localización variable del apéndice y la coexistencia de otras patologías abdominales o pélvicas pueden generar dudas diagnósticas y retrasar el tratamiento. Este retraso puede favorecer la progresión hacia formas complicadas, como perforación, plastrón inflamatorio, absceso periapendicular o peritonitis [1,6].

Hallazgos radiológicos:

-Radiografía simple de abdomen: No debe utilizarse de forma rutinaria en la sospecha de apendicitis aguda, debido a su baja sensibilidad. Puede mostrar hallazgos indirectos, como íleo localizado, apendicolito, borramiento de planos grasos o, de forma infrecuente, neumoperitoneo. Sin embargo, su utilidad principal queda limitada a casos con clínica atípica o cuando se sospechan diagnósticos alternativos [1,4]. En el caso presentado, la radiografía fue anodina.

-Ecografía abdominal: Técnica ampliamente empleada como primera prueba de imagen, especialmente en niños, mujeres jóvenes y embarazadas, por no utilizar radiación ionizante y permitir una valoración dinámica del abdomen [3,5]. La técnica de compresión gradual ha mejorado la

visualización del apéndice, al desplazar el gas intestinal y aproximar la estructura a la sonda [3].

El apéndice normal se describe como una estructura tubular, colapsable, de extremo ciego, con diámetro habitualmente inferior a 6 mm y pared fina. En la apendicitis aguda, los hallazgos ecográficos característicos incluyen una estructura tubular no compresible, de extremo ciego, con diámetro mayor de 6 mm, engrosamiento parietal, hiperemia mural en Doppler, apendicolito, líquido periapendicular y alteración inflamatoria de la grasa adyacente [3,5].

En fases evolucionadas pueden identificarse colecciones líquidas, plastrón inflamatorio o signos indirectos de perforación. No obstante, la ecografía tiene limitaciones importantes. Es una técnica operador-dependiente y su rendimiento disminuye en pacientes obesos, con abundante gas intestinal, dolor intenso que dificulta la compresión o localización retrocecal/pélvica del apéndice [3,5].

Entre las causas de falsos negativos se incluyen la inflamación limitada a la punta apendicular, la apendicitis retrocecal, el apéndice lleno de gas, la perforación con desestructuración de la pared y los casos en los que el apéndice aumentado de tamaño puede confundirse con un asa intestinal [5]. En nuestra paciente, la ecografía no permitió identificar el apéndice ni detectar signos inflamatorios, por lo que no fue suficiente para descartar la enfermedad.

-Tomografía computarizada: La TC abdominopélvica con contraste intravenoso presenta una elevada sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de apendicitis aguda, con cifras superiores a las descritas para la ecografía en numerosos estudios [4,7,8]. A diferencia de la ecografía, es menos dependiente del operador y permite valorar de forma global la cavidad abdominal, detectar complicaciones y establecer diagnósticos alternativos.

Los criterios diagnósticos más aceptados en TC incluyen diámetro apendicular mayor de 6 mm, aunque algunas bibliografías señalan un diámetro mayor a 8 mm y engrosamiento de la pared superior a 3 mm, realce mural, edema submucoso o signo de la diana, apendicolito, estriación de la grasa periapendicular, engrosamiento focal del ciego y adenopatías reactivas [4,7].

En casos de apendicitis complicada, la TC puede demostrar signos de perforación, como colección o flemón periapendicular, gas extraluminal, apendicolito extraluminal o defectos focales en el realce de la pared apendicular [7,9]. Estos datos son de gran importancia para el cirujano, ya que pueden modificar el abordaje terapéutico y orientar la necesidad de manejo quirúrgico urgente, drenaje o tratamiento conservador en casos seleccionados [4,9].

En el caso descrito, la TC fue determinante al demostrar aumento del calibre apendicular, marcada estriación de la grasa periapendicular y una colección hidroaérea compatible con absceso periapendicular. Estos hallazgos permitieron establecer el diagnóstico de apendicitis aguda evolucionada complicada, no evidente en la ecografía previa.

Diagnóstico diferencial:

El diagnóstico diferencial de la apendicitis aguda es amplio y depende de la edad y el sexo del paciente. En población pediátrica deben considerarse adenitis mesentérica, invaginación intestinal, divertículo de Meckel, gastroenteritis, obstrucción intestinal o infarto omental. En mujeres jóvenes es fundamental descartar patología ginecológica, como embarazo ectópico, torsión ovárica, rotura de quiste ovárico, enfermedad inflamatoria pélvica o absceso tuboovárico. También deben considerarse procesos urinarios y digestivos, como infección del tracto urinario, cólico renoureteral, ileítis terminal, enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis, pancreatitis, pielonefritis o úlcera péptica perforada [1,4].

Por este motivo, la TC tiene un valor añadido cuando la presentación clínica no es completamente típica, ya que permite evaluar otros órganos y estructuras abdominales, incrementando la seguridad diagnóstica.

Este caso pone de manifiesto la importancia de integrar clínica, analítica e imagen en la sospecha de apendicitis aguda. Una ecografía no concluyente no excluye el diagnóstico cuando persiste una alta sospecha clínica. En estas situaciones, la TC permite confirmar la enfermedad, identificar complicaciones y aportar información esencial para el manejo terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1.Apendicitis aguda. Med Leg Costa Rica. 2012;29(1):83-90.

2.Cuervo JL. Apendicitis aguda. Rev Hosp Niños (B Aires). 2014.

3.Del Cura JL. La radiología en urgencias. 1.ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2006.

4.Del Cura J, Oleaga L, Grande D, Vela A, Ibáñez A. Indicación de las técnicas de imagen en la sospecha de apendicitis aguda: propuesta de protocolo diagnóstico. Radiología. 2001;43:478.

5.Rivera A. Validez diagnóstica de la ecografía y la tomografía computarizada de abdomen en la apendicitis aguda. Factores clínicos y epidemiológicos [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2017.

6.Ferreras R. Enfermedades del aparato digestivo: gastroenterología y hepatología. 17.ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.

7.Arévalo Espejo OJ, Moreno Mejía ME, Ulloa Guerrero LH. Apendicitis aguda: hallazgos radiológicos y enfoque actual de las imágenes diagnósticas. Rev Colomb Radiol. 2014;25(1):3877-88.

8.Taylor GA, Callahan MJ, Rodriguez D, Smink DS. CT for suspected appendicitis in children: an analysis of diagnostic errors. Pediatr Radiol. 2006;36(4):331-7.

9.Sierra Torres SR, Bernardo Palomar SR, Rodríguez Uribe ST, González-Ruano Iriarte SM. Las distintas caras de la apendicitis aguda. Seram. 2022;1(1).

TABLAS Y FIGURAS

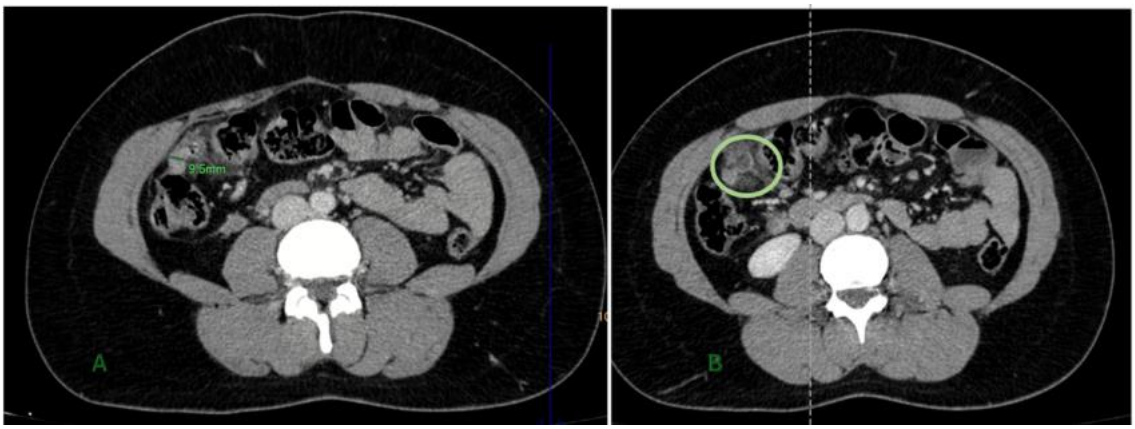


Figura 1. A. Corte axial con contraste intravenoso fase portal, se observa estructura apendicular aumentada de calibre, con diámetro transverso máximo de 10 mm. **B.** corte axial (circulo verde) se identifica estriación de la grasa periapendicular como signo inflamatorio asociado a apendicitis aguda.

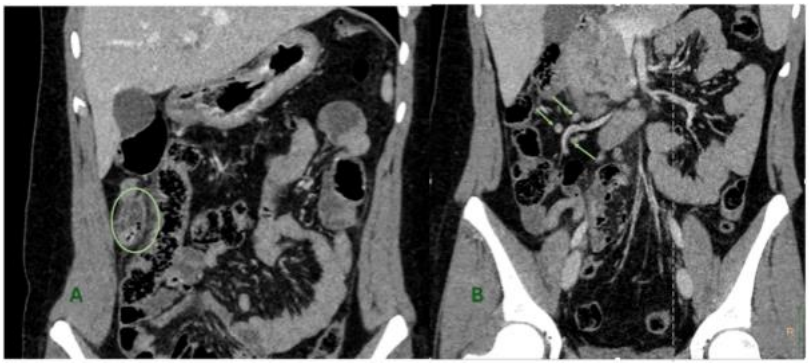


Figura 2. A. Corte coronal con contraste intravenoso (circulo verde) se aprecia una colección hidroaérea medial a la pared apendicular, de aproximadamente 30 x 18 x 18 mm, compatible con absceso periapendicular. **B.** corte coronal (flechas verdes) se objetivan unos pequeños ganglios ileocólicos de tamaño no patológico, probablemente reactivos.