

CASO N°	175
Título	Llamada desde quirófano: de apendicitis nada...
Autores	D Mandich Crovetto; G Ayala Calvo; E Peghini Gavilanes, V Rueda Sáinz-Aja; E Martínez Chamorro; S Borrueal Nacenta
Centro	Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Desarrollo del Caso

1. Contexto clínico que motiva la exploración o exploraciones de imagen.

Paciente puérpera de 15 años con dolor en hemiabdomen inferior y fiebre. Solicitan ECO y/o TC abdominopélvico ante sospecha de apendicitis aguda.

2. Hallazgos iniciales de las pruebas de imagen y diagnóstico de presunción.

En ecografía estructura tubular que podría corresponder a apéndice retrocecal con cambios inflamatorios pero sin ver bien el trayecto completo. En TC se identifica una estructura tubular de gran longitud en hemiabdomen derecho, con contenido hipodenso y realce parietal. Estriación de la grasa adyacente sugestivo de cambios inflamatorios sin objetivarse clara órganodependencia. No se ve apéndice en otra localización. Permeabilidad de vena gonadal derecha.

IMAGEN

3. Relectura del caso.

Se realiza laparoscopia ante sospecha de apendicitis aguda. Avisan desde quirófano normalidad del apéndice e impresión de que la estructura visualizada en ecografía y TC corresponda a estructura vascular. Se revisa TCMD evidenciándose doble vena gonadal derecha, una de localización habitual permeable y otra accesoria trombosada.

4. Reflexión docente.

A pesar de la sensibilidad y especificidad del TCMD, es esperable que al menos en un 7% no se identifique el apéndice cecal normal. Asimismo existen entidades apendiculares y no apendiculares que imitan la apendicitis aguda. Además de la patología ginecológica que suele ser el principal diagnóstico diferencial hay otras causas raras como la que presentamos.

La trombosis de la vena ovárica se asocia al posparto precoz (0,15% de los partos). Afecta mayoritariamente a la vena ovárica derecha (70-80%), por ser larga y compresible, probablemente por la dextroversión del útero durante el embarazo. Puede presentarse como un síndrome febril puerperal o dolor en hemiabdomen inferior.

El estudio ecográfico es limitado, siendo la TC la prueba de elección. Nuestro caso presenta una mayor complejidad por existir doble vena gonadal derecha, variante anatómica descrita aproximadamente en un 5% de las venas gonadales.

5. Conclusión.

El conocimiento de los diagnósticos diferenciales del dolor en FID es fundamental para hacer un diagnóstico preciso y evitar errores innecesarios.

Bibliografía

1. Levine CD , Aizenstein O , Wachsberg RH. Pitfalls in the CT diagnosis of appendicitis. The British Journal of Radiology, 77 (2004), 792–799.
2. Wray CJ, Kao LS, Millas SG, Tsao K, Ko TC. Acute appendicitis: controversies in diagnosis and management. Curr Probl Surg. 2013 Feb;50 (2):54-86..
3. Karaosmanoglu D, Karcaaltincaba M, Karcaaltincaba D, Akata D, Ozmen M. MDCT of the ovarian vein: normal anatomy and pathology. AJR Am J Roentgenol. 2009 Jan; 192(1): 295-9