

|  |                |
|--|----------------|
| José Antonio   | Nombre:        |
| González Nieto   | Apellido:      |
| Ronny Rodelo Haad; Estefanía González Montpetit; Esther Blanc García   | Otros Autores: |
| <a href="mailto:josea_gnieto@hotmail.com">josea_gnieto@hotmail.com</a>   | E-mail:        |
| Hospital Universitario Doctor Peset  | Hospital:      |
| Valencia   | Ciudad:        |
| Absceso de pared abdominal secundario a apendicolito caído.  | Título:        |
| Mujer 37 años que consulta al servicio de urgencias por un cuadro de 2 semanas de evolución de dolor en FID. Como antecedente destaca una intervención quirúrgica dos años antes por apendicitis aguda perforada y peritonitis secundaria. Se realiza una ecografía abdominal, evidenciando una colección hipoecoica con presencia de imagen cálcica en su interior, por lo que se realizó un TC abdominopélvico que mostró una colección hipodensa con captación periférica y una calcificación redondeada en su interior. Dicha colección se encontraba en el trayecto de la cicatriz de la apendicectomía lo que sugiere el diagnóstico de absceso de pared secundario a apendicolito caído. La paciente fue intervenida mediante incisión en MacBurney con resección en bloque del absceso que contenía apendicolito sin penetrar en cavidad peritoneal.   | Presentación:  |
| La apendicitis aguda es la patología quirúrgica urgente más frecuente y su tratamiento actual es la apendicectomía laparoscópica. Una de las causas es la obstrucción de luz apendicular por un apendicolito. El apendicolito caído (o retenido) es una complicación infrecuente que puede ocurrir por la expulsión del apendicolito antes o durante la apendicectomía. Este apendicolito puede predisponer a la formación de absceso en un futuro, al igual que ocurre con las litiasis biliares caídas. Puede existir una latencia de pocos días a años desde la apendicectomía hasta las manifestaciones clínicas de un apendicolito caído. La localización típica es el espacio paracecal y menos frecuentemente el espacio de Morrison, siendo infrecuente otras localizaciones. En la literatura, no hemos encontrado ningún caso de absceso de pared por apendicolito caído. El tratamiento definitivo es la extirpación del apendicolito, ya que un tratamiento conservador implica una alta tasa de recidiva. | Discusión :    |
| El apendicolito caído debe ser sospechado siempre que exista una colección con contenido cálcico en un paciente apendicectomizado y su tratamiento definitivo debe ser la extirpación del mismo.   | Conclusión:    |
| 1. Sauerland S, Agresta F, Bergamaschi R, et al. Laparoscopy for abdominal emergencies: evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery. Surg Endosc 2006; 20:14–29.<br>2. Kim N, Reed WP Jr, Abbas MA, Katz DS. CT identification of abscesses after dropped appendicoliths during laparoscopic appendectomy. AJR 2004; 182:1203–1205.   | Bibliografía:  |

|  |                     |
|--|---------------------|
| <p>3. Coughlin WF, Wilson JL, Haggerty MF. A postappendectomy fecalith detected by ultrasound. J Clin Ultrasound 1989; 17:197–199.</p> <p>4. Singh AK, Hahn PF, Gervais D, et al. Dropped Appendicolith: CT Findings and Implications for Management. AJR 2008; 190:707–711.</p>   |                     |
| <p>Figura 1: A y B, Imágenes de ecografía en FID con sondas convex de 10 Mhz y lineal de 14 Mhz respectivamente, que muestran colección mal definida en pared abdominal y línea ecogénica con sombra acústica en su vertiente posterior y lateral en relación con apendicolito. C y D. TC pélvico con contrastes intravenoso en fase portal, corte axial y reconstrucción sagital respectivamente, donde se objetiva absceso en pared abdominal hasta extenderse a tejido celular subcutáneo y apendicolito situado entre el músculo oblicuo interno y medio derechos.</p> | <p>Pie de foto:</p> |