

Nombre:	Iliana
Apellido:	Romero Batista
Otros Autores:	Mireia Tomas Chenoll, Miguel Ángel Edo Prades, Nuria Marín Lambies, Silvia Ambit Capdevilla, Susana de Lázaro y de Molina
E-mail:	iliana_rom@yahoo.es
Hospital:	Hospital General Universitario de Castellón.
Ciudad:	Castellón de La Plana.
Título:	Apendicitis aguda, no solo nos confunde clínicamente...
Presentación:	DATOS CLÍNICOS: Niña de 7 años de edad, acudió a Urgencias por dolor abdominal difuso tipo cólico de 24 horas de evolución, acompañado de fiebre de 38 ° C, vómitos y diarreas. Abdomen doloroso a la palpación de forma difusa. DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS: Ecografía abdominal: Se identifica apéndice desde la salida del ciego hasta su porción distal de calibre normal. Moderada cantidad de líquido libre en ambos flancos con ecos en su interior. Asas ileales y yeyunales de paredes engrosadas y paréticas. Se sospechó proceso infeccioso o inflamatorio intestinal; se realizó Tc abdominopélvico con CIV: La porción más distal de apéndice cecal se encuentra localizado en región pélvica adyacente a ovario derecho, está engrosado con apendicolito en su interior y solución de continuidad en la punta. Líquido libre abdominal en pelvis menor y en FID. Signos de peritonitis secundarios a perforación de apendicitis.
Discusión :	DIAGNÓSTICO: Apendicitis aguda perforada con peritonitis. REFLEXIÓN DOCENTE: La apendicitis aguda simula otras patologías como los procesos infecciosos intestinales; la ecografía nos ayuda a esclarecer diagnósticos habitualmente, pero en este caso el apéndice tenía una localización pélvica, que unido al abundante meteorismo, no nos permitió su completa visualización, se necesitó la realización de un TC abdominopélvico para llegar al diagnóstico correcto. Se realizó apendicectomía y Anatomía Patológica confirma diagnóstico.
Conclusión:	La apendicitis aguda es una patología a la que nos enfrentamos diariamente y que simula varias enfermedades; la anamnesis, la clínica, pruebas de laboratorio y radiológicas, ayudan a establecer el diagnóstico diferencial y evitar cirugías innecesarias. La ecografía tienen una alta especificidad diagnóstica evidenciadas en varios estudios, pero existen factores que la limitan como la inexperiencia del radiólogo, el meteorismo, localización del apéndice entre otros, por eso constituye un desafío diagnóstico constante para los radiólogos.
Bibliografía:	1.Ahmed, I.; Asgeirsson, K.; Beckinham, I. & Lobo, D. The position of the vermiform appendix at laparoscopy. Surg. Radiol. Anat., 29:165-8, 2007. 2.S. Puryrsko, Erick M. Andrei Remer, Hilton M. Leão Filho, Leonardo K. Bittencourt, Rodrigo V. Lima, Douglas J. Racy. - Beyond Appendicitis: Common and Uncommon Gastrointestinal Causes of Right Lower Quadrant Abdominal Pain at Multidetector CT. - RadioGraphics 2011; 31:927–947.
Pie de foto:	Figura 1. Ecografía abdominal modo B: a) y b). Se identifica parte de apéndice cecal de calibre normal 3 mm en FID a); asas de intestino delgado, de paredes engrosadas, líquido en flanco izquierdo con ecos en su interior b). Tc abdominopélvico con CIV, c) Corte axial y d) Corte coronal, Se visualiza parte distal de apéndice engrosada con

	apendicolito en su interior y solución de continuidad en la punta (flechas rojas) c) y d). Líquido libre y peritonitis (flecha verde) d).
--	--