

## "ALERTA: A MAYOR EDAD, SÍNTOMATOLOGÍA MÁS ATÍPICA"

Rubio Gómez, Marta<sup>1</sup>; Montoya Sáenz, Raquel<sup>2</sup>; Hernández Marcos, Alba<sup>1</sup>; Baquer Sahún, Cristina Ana<sup>3</sup>, Trueba Insa, Santiago<sup>3</sup>; Sierra Bergua, Beatriz<sup>4</sup>.

(1) MIR MFyC. Centro de Salud "Delicias Norte". (2) MIR MFyC. Centro de Salud "La Bombarda".  
 (3) MIR MFyC . Centro de Salud "Delicias Sur" . (4) FEA Medicina Interna. Servicio de Urgencias HCU "Lozano Blesa".  
 Sector III. ZARAGOZA.



### HISTORIA CLÍNICA

Varón, 84 años. No alergias medicamentosas. Antecedentes médicos: HTA, hipercolesterolemia, hiperuricemia, úlcus gástrico, diverticulosis colónica, oligoartritis. IQ: herniorrafia inguinal, hernia umbilical y nefrectomía. Tratamiento habitual: amlodipino, torasemida , allopurinol, condrosan , atorvastatina, ibercal.

Remitido a Urgencias por MAP, ante sospecha de cuadro oclusivo intestinal, presentando dolor abdominal difuso, no irradiado y distensión abdominal desde hace 3 horas. No náuseas ni vómitos. Emisión de gases, heces y diuresis adecuada. No pérdida ponderal, ni hiporexia. No fiebre ni sensación distémica.

### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

❖ **Exploración física:** Buen estado general. Afebril. PA 144/75. FC 98 lpm. No IY. Auscultación pulmonar y cardiaca sin alteraciones. Abdomen muy distendido, timpánico, mínimamente doloroso a la descompresión en hemiabdomen derecho, sin clara focalización. Signos de Murphy, Rovsing y psoas negativos. No defensa abdominal. No masas ni megalías. Peristaltismo aumentado. EEII sin edemas ni signos de TVP.

❖ **Pruebas complementarias:**

- **Analítica:** Hb 16 g/dl, Leucocitos 18500/mm<sup>3</sup>, Neutrófilos 86,4%, plaquetas 240000/mm<sup>3</sup>. Bioquímica, gasometría venosa, coagulación y sistemático de orina: sin alteraciones.
- **Rx Tórax y Rx de abdomen:** sin alteraciones
- **Ecografía abdominal:** no alteraciones de asas intestinales, ni masas. Abdomen muy neumatizado, que impide valorar retroperitoneo y grandes vasos. No visualizada estructura apendicular. Sin líquido libre. Colesterolosis de pared de vesícula biliar, sin inflamación.

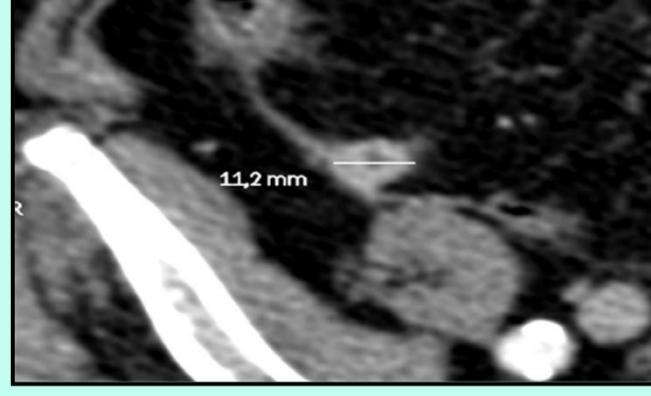
Ingresó en Sala de Observación, sin tratamiento, para vigilar evolución.

➤ **Analítica la mañana siguiente:** Hb 13.6 g/dl, Leucocitos 9900/mm<sup>3</sup>, neutrófilos 75.3 %, plaquetas 268000/mm<sup>3</sup>

Valorado por Cirugía, tras focalización de leve dolor predominantemente a la descompresión en fosa iliaca derecha (FID), se decide realizar **TC abdominal (Fig 1)**:

No líquido libre peritoneal. Imagen anómala del apéndice vermiforme, con imagen parietal estratificada y calibre 11mm.

Mínima respuesta inflamatoria adyacente.



Se realiza appendicectomía abierta, con evolución posterior favorable.

### DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

❖ **APENDICITIS AGUDA ULCEROFLEMONOSA CON PERIAPENDICITIS**

### CONCLUSIÓN

La apendicitis aguda en mayores de 70 años, representa un problema clínico importante dado el retraso en la atención médico-quirúrgica.

Los ancianos suelen presentar un cuadro clínico atípico, con un comienzo más larvado, síntomas atenuados y dolor poco intenso, lo que predispone a errores diagnósticos frecuentes, con la consiguiente aparición de complicaciones como perforación, abscesificación y gangrena, asociando una elevada tasa de mortalidad.

La ultrasonografía tiene una precisión mayor al 80%, aunque es poco sensible para casos atípicos, como el comentado. Actualmente, la técnica de mayor precisión (> 90%) es el TC debido a que identifica mejor el apéndice y detecta los cambios inflamatorios periapendiculares.

Por lo tanto, es recomendable mantener un alto grado de sospecha de esta patología ante pacientes ancianos con sintomatología atípica y emplear tempranamente pruebas complementarias más sensible como el TC, ya que permite tomar decisiones de manejo tempranamente, mejorando el pronóstico y la morbilidad de estos pacientes con un perfil sintomático más infrecuente.