

“ALERTA: A MAYOR EDAD, SÍNTOMATOLOGÍA MÁS ATÍPICA”

Rubio Gómez, Marta¹; Montoya Sáenz, Raquel²; Hernández Marcos, Alba¹; Baquer Sahún, Cristina Ana³, Trueba Insa, Santiago³; Sierra Bergua, Beatriz⁴.

(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, ulcus gástrico, diverticulosis colónica, oligoartritis. IQ: herniorrafia inguinal, hernia umbilical y nefrectomía. Tratamiento habitual: amlodipino, torasemida, alopurinol, condrosan, atorvastatina, iberical.

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 distérmica.

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 megalias. Peristaltismo aumentado. EEII sin edemas ni signos de TVP.

❖ **Pruebas complementarias:**

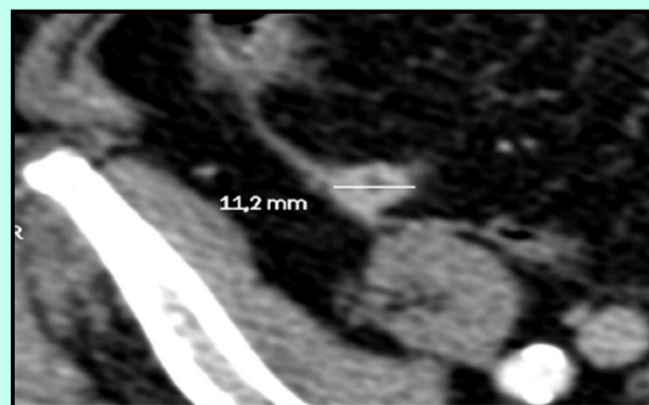
- **Analítica:** Hb 16 g/dl, Leucocitos 18500/mm³, Neutrófilos 86,4%, plaquetas 240000/mm³. Bioquímica, gasometría venosa, coagulación y sistemático de orina: sin alteraciones.
- **Rx Tórax y Rx de abdomen:** sin alteraciones
- **Ecografía abdominal:** no alteraciones de asas intestinales, ni masas. Abdomen muy neumatizado, que impide valorar retroperitoneo y grandes vasos. No visualizada estructura apendicular. Sin líquido libre. Colesterosis de pared de vesícula biliar, sin inflamación.

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

- **Analítica la mañana siguiente:** Hb 13.6 g/dl, Leucocitos 9900/mm³, neutrófilos 75.3 %, plaquetas 268000/mm³

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 apendicectomía 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 morbimortalidad de estos pacientes con un perfil sintomático más infrecuente.