

Imágenes en Cirugía General

Diagnóstico diferencial del peritonismo en fosa ilíaca derecha.

Differential diagnosis of peritonism in right lower quadrant.

Alejandro Ovejero B, Ubiña Martínez A, Forneiro Pérez R, Garde Lecumberri C, Mirón Pozo B

Hospital San Cecilio. Granada.

RESUMEN

El dolor abdominal agudo puede tener diferentes causas y presentarse como un cuadro que requiera tratamiento quirúrgico urgente. Una de las causas más frecuentes es la apendicitis aguda, pero existen una variedad de etiologías que pueden simular esta patología, como la presentada en el caso clínico. Por ello es importante realizar un diagnóstico diferencial del dolor que aparece en fosa ilíaca derecha y solicitar pruebas complementarias si es necesario. Otra de las causas de dolor abdominal en esta zona es la presencia de bridas o adherencias abdominales, que pueden desencadenar una obstrucción intestinal o atrapamiento de vísceras intraperitoneales. Se presenta el caso de una mujer joven con torsión de trompa de Falopio derecha a causa de brida epiploica congénita, una etiología muy poco frecuente descrita en la literatura.

Palabras clave: dolor, apendicitis aguda, diagnóstico diferencial, trompa de Falopio.

ABSTRACT

Acute abdominal pain can have different causes and can present as a condition that requires urgent surgical treatment. One of the most frequent causes is acute appendicitis, but there are a variety of etiologies that can be similar to this pathology, as the one presented in the clinical case. For this reason, it is important to make a differential diagnosis of pain that appears in the right lower quadrant and request additional tests if necessary. Another cause of abdominal pain this place may be the presence of abdominal flanges or adhesions, which can trigger intestinal obstruction or entrapment of intraperitoneal viscera. We present the case of a young woman with torsion of the right fallopian tube due to a congenital omental flange, a very rare etiology described in the literature.

Key words: pain, acute appendicitis, differential diagnosis, fallopian tube.

CORRESPONDENCIA

Beatriz Alejandre Ovejero
Hospital San Cecilio
18016 Granada
beb_97@hotmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Alejandro Ovejero B, Ubiña Martínez A, Forneiro Pérez R, Garde Lecumberri C, Mirón Pozo B. Diagnóstico diferencial del peritonismo en fosa ilíaca derecha. Cir Andal. 2023;34(4):482-485. DOI: 10.37351/2023344.14

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal agudo incluye aquellas situaciones clínicas donde el síntoma principal es dolor abdominal intenso, siendo de los motivos más frecuentes de consulta en Urgencias. El dolor puede ser secundario a múltiples causas, relacionadas con patología abdominal/extraabdominal. Puede estar originado en diferentes órganos. Una buena anamnesis y exploración física son esenciales en la valoración del dolor abdominal agudo para identificar de manera prioritaria un abdomen agudo e instaurar tratamiento urgente ¹.

CASO CLÍNICO

Mujer de 33 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por dolor abdominal que comenzó de forma difusa y posteriormente se irradió a FID. Asocia sensación distérmica sin otra sintomatología. A la exploración abdomen con dolor a la palpación en punto de McBurney. Analíticamente PCR 11'2 y leve neutrofilia. Se realiza ecografía que se completa con TC abdominal que describe "hallazgos que sugieren enfermedad pélvica inflamatoria, aunque tampoco es descartable apendicitis aguda, dado la no identificación del apéndice" (Figura 1).

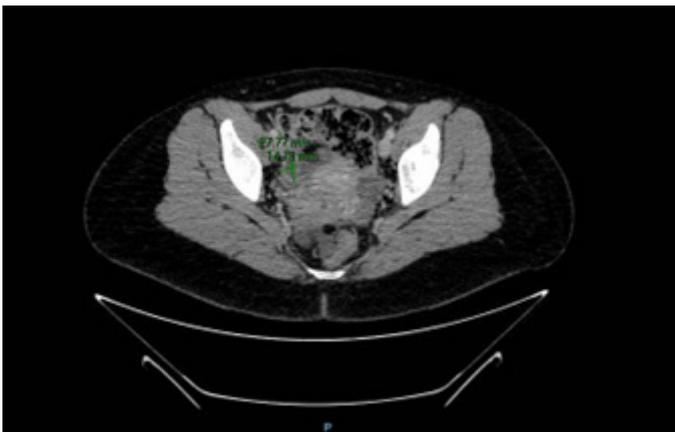


Figura 1
TC abdominal.

La paciente se deriva a Ginecología para valoración, que descartan patología urgente. Se explican a la paciente las opciones diagnósticas y la indicación de intervención quirúrgica para resolver dudas y establecer un tratamiento adecuado. Se realiza laparoscopia exploradora en quirófano, con hallazgo de brida firme (Figura 2) de epiplón a FID que condiciona herniación de ciego, apéndice y trompa derecha. Esta última se encuentra estrangulada con signos de congestión (Figura 3). El apéndice presenta aspecto normal.

Se procede a seccionar brida con electrocauterio, tras lo que la trompa recupera coloración y buen aspecto, por lo que se conserva. Se realiza apendicectomía profiláctica con resultado anatomopatológico normal.

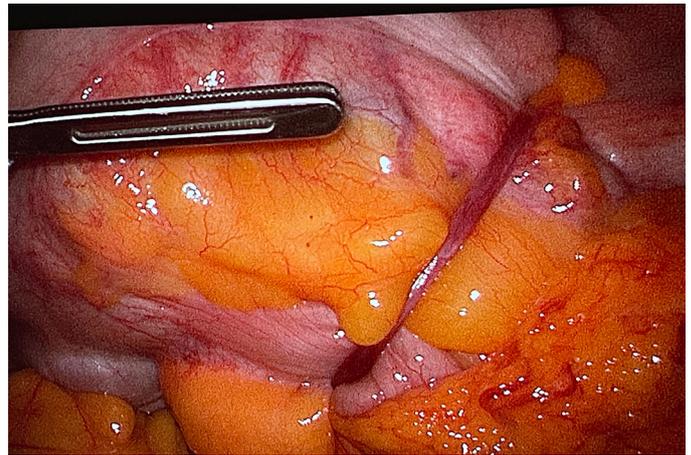


Figura 2
Brida firme de epiplón a pared abdominal.

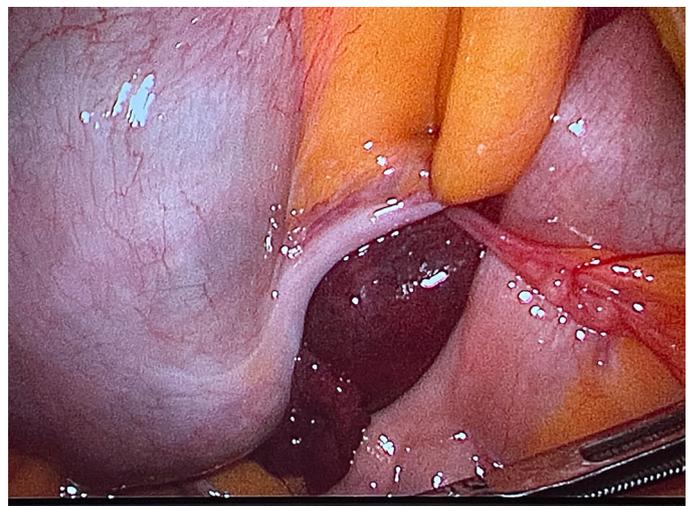


Figura 3
Trompa de Falopio derecha estrangulada.

DISCUSIÓN

El "abdomen agudo" presenta evolución inferior a 48-72 horas, con dolor constante, intenso y acompañado de afectación del estado general. El diagnóstico se basa en historia y exploración física (palpar por cuadrantes, comprobar irritación peritoneal, presencia de masas, valorar timpanismo/matidez a la percusión...) y según la sospecha solicitar pruebas complementarias. El tratamiento depende de la patología subyacente, habiendo que discernir los procesos que requieren tratamiento quirúrgico urgente.

El dolor puede ser secundario a múltiples causas y originarse en el tubo digestivo, víscera sólida u otra estructura abdominal (sistema genitourinario, columna vertebral, piel o la propia pared).

Es importante indagar sobre síntomas y signos acompañantes: fiebre, vómitos, alteración del hábito intestinal, síntomas miccionales, tos, sangrado rectal o síntomas articulares. El diagnóstico diferencial incluye las patologías de la **tabla 1**¹.

De entre las causas nombradas en FID la apendicitis aguda es la patología más frecuente. Se caracteriza por inflamación, generalmente infecciosa y en adultos jóvenes, con igual incidencia por sexo. El cuadro se caracteriza por iniciarse periumbilical y cólico, para posteriormente localizarse en FID y volverse constante (74%). Tiende a ser focal y más intenso en una determinada zona y los movimientos/tos aumentan el dolor. Las náuseas y vómitos asociados son muy frecuentes.

No existe ningún signo clínico ni en la exploración que permita realizar un diagnóstico certero de apendicitis. Según la literatura, las exploraciones complementarias apenas tienen utilidad, pero en la práctica clínica la mayoría de centros indican intervención quirúrgica tras diagnóstico con ecografía o TC abdominal².

Otra de las causas frecuentes de dolor abdominal son las bridas o adherencias. Son tejidos fibrosos o laxos, de diferente grosor y tamaño que se encuentran intraabdominalmente, en posición entero-entérica, entero-parietal, entero-visceral o parieto-visceral. El origen en sus inserciones sugiere una anomalía del mesenterio durante su formación, cuando rota junto al intestino quedando en la parte posterior del abdomen.

Las bridas pueden ser congénitas o adquiridas. Se cataloga como congénita aquella que no tiene relación con patología abdominal previa; laparotomías, enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones, diálisis peritoneal, radioterapia o remanentes embriológicos^{3,4}.

Las adherencias abdominales pueden girar, torsionar o comprimir el intestino y otros órganos, causando síntomas y complicaciones

como obstrucción intestinal. Si son sintomáticas, pueden tratarse quirúrgicamente para conseguir su liberación, sin embargo, puede generar nuevas adherencias en el futuro. De hecho, la cirugía es la causa más común de adherencias abdominales y estas tienen más probabilidad de presentar síntomas que las relacionadas con otras causas⁵.

La torsión aislada de trompa de Falopio fue descrita en 1890. Ocurre en 1/50.000-110.000 mujeres considerándose una afección extremadamente rara como causa de abdomen agudo. Se presenta en pacientes en edad reproductiva y es más frecuente la derecha que la izquierda, debido a que se encuentra parcialmente fijada por el sigma.

El cuadro clínico suele ser inespecífico y puede simular varias dolencias, debiendo realizar diagnóstico diferencial. La rotación de la trompa alrededor del pedículo vascular provoca obstrucción del retorno venoso y linfático inicialmente, con el consiguiente edema, ingurgitación y trombosis. Si la torsión progresa, se compromete la vascularización arterial y se desencadena necrosis.

En su desarrollo pueden participar factores intrínsecos como anomalías anatómicas (mesosalpinx o mesovario largo), hiperperistaltismo tubárico o factores extrínsecos (masas paraováricas, hematosalpinx/hidrosalpinx, adherencias, neoplasias, traumatismos).

El tratamiento depende de si es viable la trompa, sí lo es se realiza detorsión y si no; optamos por salpingectomía. La extirpación del ovario ipsilateral no está indicada. La vía laparoscópica es el procedimiento recomendado, ya que permite mejor visualización, estancia hospitalaria más corta, menor pérdida sanguínea y exigencia de analgesia⁶.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial dolor en FID

Patología vía biliar (colecistitis, coledocolitiasis, colangitis)	Ecografía (distensión vesícula, engrosamiento pared presencia de litiasis, dilatación de vía)	Patología ginecológica (torsión ovárica, salpingitis, EPI, endometriomas)	Ecografía trasvaginal / TC abdominal
Hepatitis	Función hepática, virus hepatotropos (VHA, HBsAg, anticuerpos anti- VHC, VEB y CMV)	Obstrucción intestinal (invaginación, vólvulo, hernia interna)	Rx abdomen / TC abdominal
Perforación gástrica/ intestinal	Rx tórax / TC abdominal	Gastroenteritis aguda	Anamnesis, reactantes de fase aguda
Pancreatitis aguda	Lipasa, amilasa	Enfermedad inflamatoria intestinal	Coprocultivo, parásitos, virus, toxina Clostridium difficile y calprotectina
Cólico nefrítico / pielonefritis	Sedimento y sistemático de orina, función renal, urocultivo +/- ecografía si obstrucción vía urinaria	Hernia inguinal	Exploración física / ecografía abdominal, ácido láctico, LDH
Apendicitis aguda	Ecografía / TC abdominal	Traumatismo abdominal	Lesiones cutáneas (equimosis, hematomas o petequias), dolor, distensión abdominal o hematuria
Adenitis mesentérica	Ecografía para diferenciarla de la apendicitis aguda	Embarazo	Gonadotropina coriónica en orina

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso Cadenas JA, de la Torre Espí M. Diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal agudo (abdomen agudo) en Urgencias. *Protoc diagn ter pediatr.* 2020;1:197-213
2. Barranco Ruiz F, Blasco Morilla J et al. Apendicitis aguda. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. SAMIUC 1999.
3. Crespo Campos A et al. Brida intestinal congénita. *Rev Cubana Pediatr.* 2009;81(2)
4. Galván-Montaña A, Trejo-Ávila M et al. Congenital anomaly band, a rare cause of intestinal obstruction in children. Case report. *Cirugía y Cirujanos (English Edition)*, 2017;85(2):164-167
5. Adherencias abdominales. National institute of diabetes and digestive and kidney diseases. Última revisión Junio 2019
6. Eleodoro Medina, Sandí Jiménez et al. Torsión aislada de la trompa de Falopio, con necrosis de un quiste paratubárico. Una urgencia ginecológica infrecuente. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2021;86(1)