

Objetivos

El **dolor abdominal** es la causa más frecuente de motivo de consulta en el departamento de Urgencias, requiriendo una prueba de imagen en casi la mitad de las visitas a Urgencias por este motivo. Ante un dolor en la fosa ilíaca derecha, la apendicitis constituye una de las principales causas que es necesario descartar puesto que es la principal causa de abdomen agudo quirúrgico, sin embargo, existen muchas otras causas que pueden causar dolor en dicha región, también con gran importancia pronóstica en caso de no ser diagnosticadas (Naidoo, Purysco, Thompson). A menudo, la ecografía no es suficiente para llegar a un diagnóstico y es preciso realizar una TC para una mejor evaluación.

Gastrointestinal

Íleon	Ciego	(Dolico) Sigma
Enfermedad de Crohn		
Enterocolitis infecciosa		
Diverticulitis		
Diverticulitis de Meckel	Colitis isquémica	
Invaginación	Vólvulo cecal	Vólvulo de sigma
Colitis neutropénica / tiftitis		

Ginecológico

Embarazo ectópico
Quiste ovárico hemorrágico
Torsión ovárica
Enfermedad inflamatoria pélvica
Endometrioma
Trombosis vena ovárica
Mittelschmerz

Perivisceral

Adenitis mesentérica
Apendagitis epiploica
Infarto omental

Urológico

Urolitiasis
Pielonefritis aguda
Inflamación escrotal

Tumoral

Linfoma
Adenocarcinoma de colon

Miscelánea

Colecistitis
Ingestión cuerpo extraño
Hernias inguinales

Nuestro objetivo es analizar los distintos diagnósticos alternativos ante un dolor en FID, y analizar su prevalencia en un Hospital de Tercer Nivel.

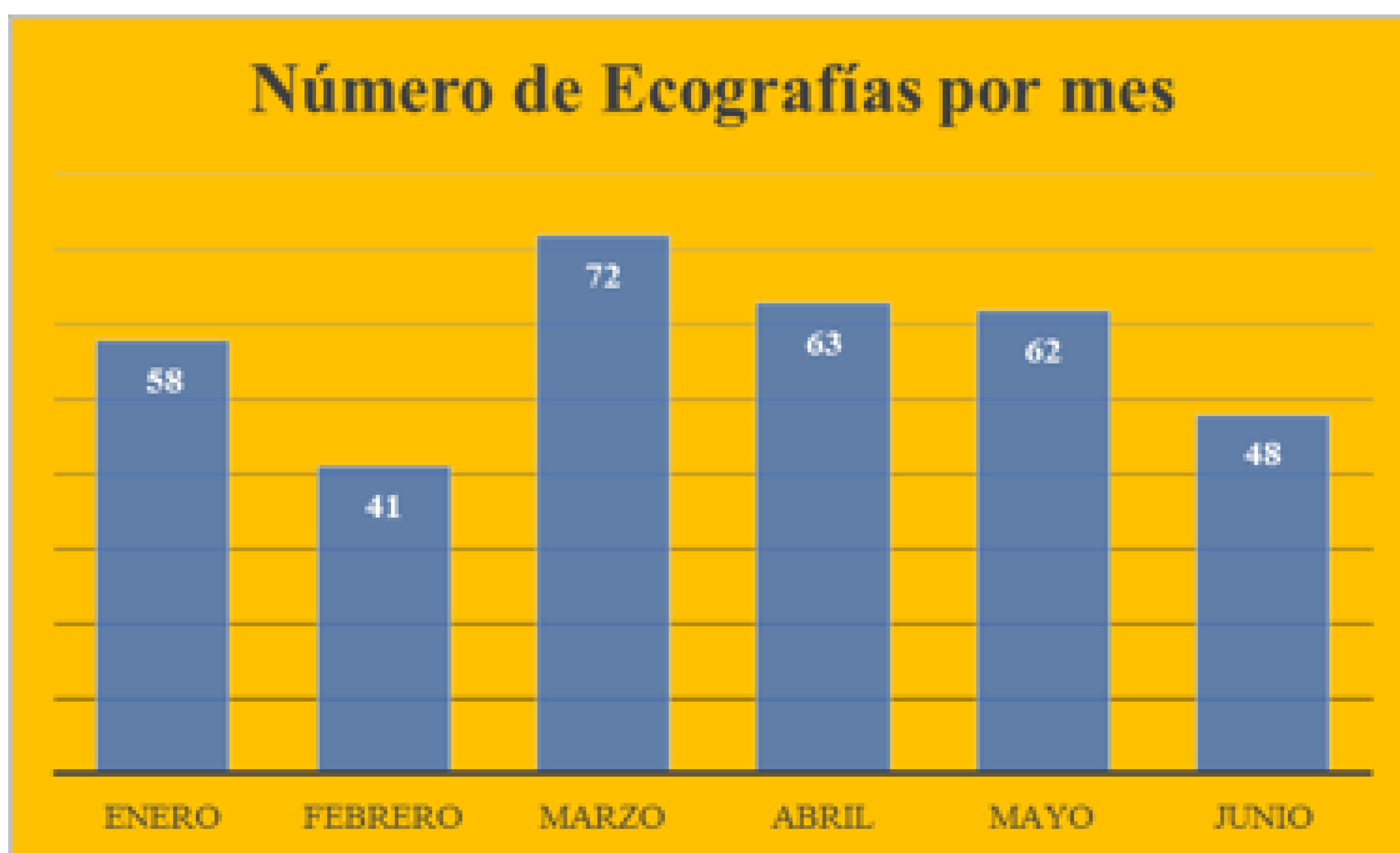
Material y métodos

Se recogieron datos de los pacientes en los que se realizó una Ecografía por dolor en FID en el Servicio de Urgencias (SU) de Enero a Junio de 2019. Se obtuvieron 392 peticiones, 381 pacientes tras descartar repetidos.

El número de ecografías al día por dolor en FID osciló entre 0 y 4.

Se analizaron cuáles fueron apendicitis, cuáles tuvieron otro diagnóstico simulador de apendicitis y en cuáles no se llegó a ningún diagnóstico.

Asimismo, se recogió si se precisó de otra prueba de imagen para llegar al diagnóstico.



Las variables obtenidas fueron:

- Motivo de consulta
- Sospecha clínica
- Resultado de la Ecografía
- Precisión de otra prueba complementaria, tal como una TC, así como su resultado.
- Imágenes

Resultados

La edad media fue de $33 \pm 20,35$ años, con más mujeres que hombres (mujer: hombre 1,5:1), sin obtener diferencias significativas en la edad. El motivo de petición más frecuente fue dolor focalizado en FID (48,3%) y a continuación fue el dolor abdominal generalizado (24,7%). En un 14% no disponíamos de información clínica. En un 35% se pedía específicamente descartar apendicitis aguda.

RESULTADO ECOGRAFÍA	PRECISÓ REALIZACIÓN DE TC	RESULTADO TC
NORMAL: 115	NO: 98 (85%) SÍ: 17 (15%)	Apendicitis: 4 Tumor: 3 Ginecológico: 2 Urológico: 2 Diverticulitis: 2 Pancolitis: 1 Normal: 3
APENDICITIS: 117	NO: 105 (90%) SÍ: 12	Apendicitis: 11 Ginecológico: 1
NO SE VISUALIZA EL APÉNDICE PERO NO HAY SIGNOS INDIRECTOS DE APENDICITIS: 35	NO: 31 (89%) SÍ: 4	Normal: 3 Ileitis: 1
HALLAZGOS INESPECÍFICOS QUE NO PERMITEN DESCARTAR APENDICITIS AGUDA INCIPIENTE: 8	NO: 7 (88%) SÍ: 1	Normal
GINECOLÓGICO: 26 Quiste anexial hemorrágico	NO: 23 (88%) SÍ: 3	Neoplasia ovárica: 1 Indeterminado: 2
ADENITIS: 17 ≥ 3 ganglios y > 5 mm (suele ser por ileitis subyacente)	NO: 17 (100%). La edad media fue de 12 años, significativamente menor al resto del grupo.	
COLON DERECHO: 14 (Colitis isquémica, inflamatoria, infecciosa)	NO: 13 SÍ: 1	Engrosamiento inespecífico del ciego
COLON IZQUIERDO: 5 (Diverticulitis)		
ILEITIS: 9	NO: 7 SÍ: 2	Enfermedad Crohn estenosante Colecistitis
LITIASIS REUNOURETERAL: 7	NO: 6 SÍ: 1	Cólico renoureteral
COLECISTITIS: 4	NO: 3 SÍ: 1	Colecistitis
INFARTO OMENTAL: 1	SÍ	Infarto omental
APENDAGITIS: 0		

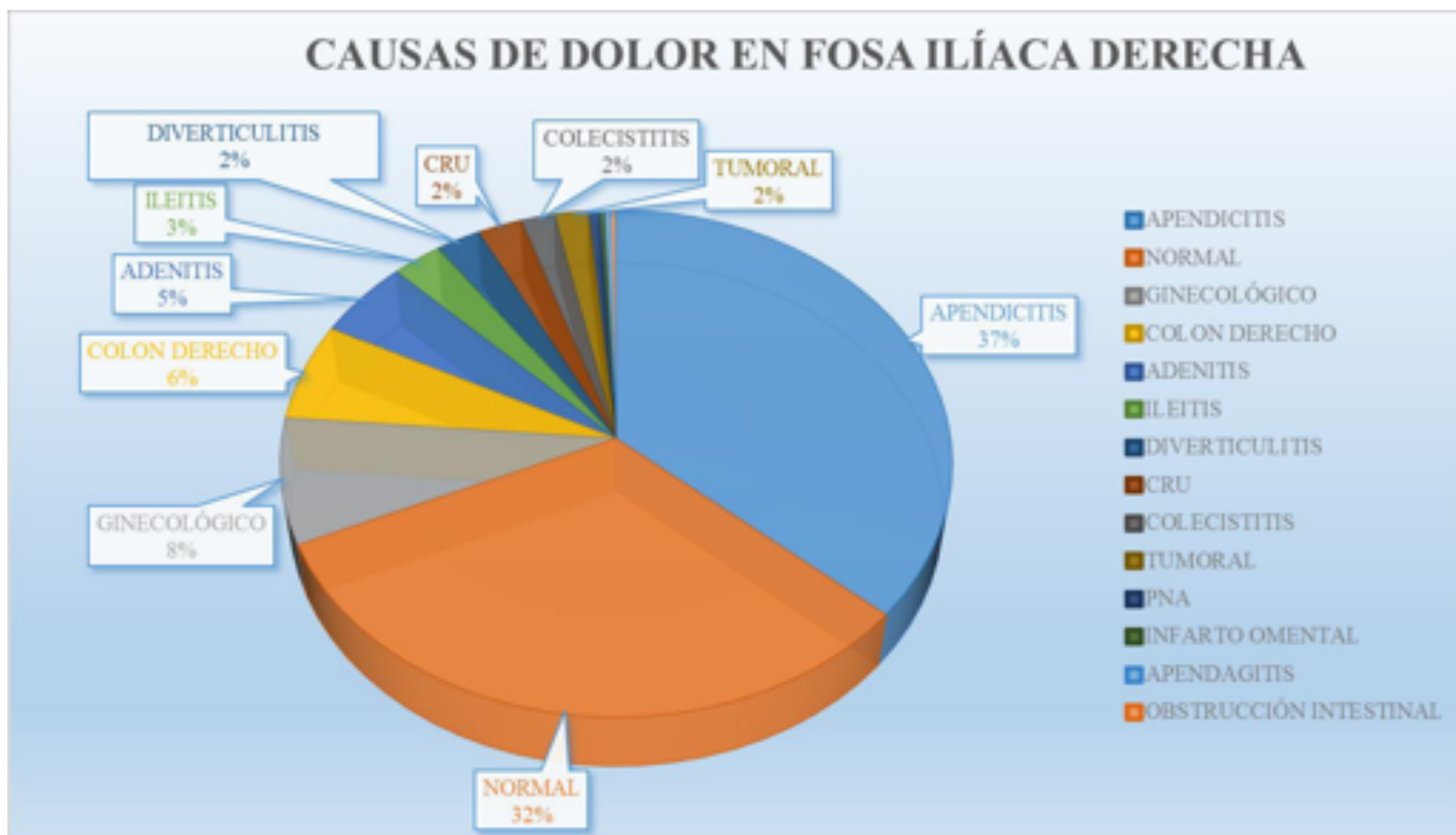
Resultados

El resultado de la Ecografía fue concluyente en el 82% de los casos sin precisar de otra prueba de imagen, con unos resultados de 30,7% de apendicitis, 30,2% sin patología visible en la imagen y casi un 60% fueron otros diagnósticos. Entre los simuladores más frecuentes destacamos la causa ginecológica (7%), la adenitis mesentérica (5%) y la colitis derecha (4%). En la mayoría de los pacientes en los que no se visualizaba el apéndice pero no había signos de apendicitis o en los que se encontraban hallazgos inespecíficos que podrían ser incipientes de apendicitis no se hizo TC y si se hizo no se observaron hallazgos, a excepción de una ileitis de causa inespecífica.

En un 18% (69) se precisó la realización de TC, cuya edad media fue significativamente más alta de los que no precisaron TC ($49 \pm 19,34$ vs $30 \pm 19,25$ años, $p < 0,05$). La mayoría de los que precisaron TC fueron apendicitis (26%), diverticulitis (12%), colitis derechas (10%), de origen ginecológico (9%) y un 20% fueron otros diagnósticos. La edad media fue significativamente mayor en las colecistitis (81,3 años) y en la única apendagitis (77).

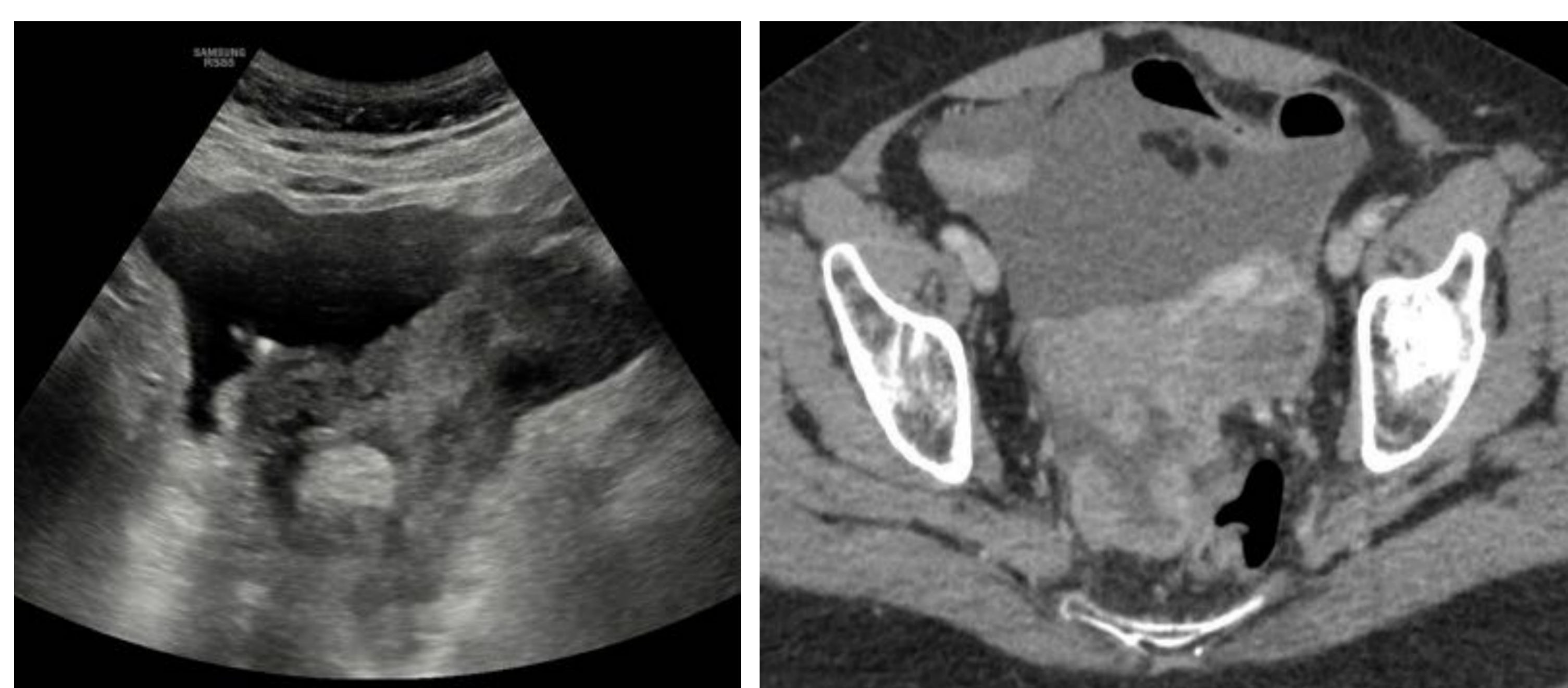


Existieron 11 casos (17% del total de TC) en los que hubo incongruencias entre los hallazgos de la TC y la Ecografía, llegando a un diagnóstico diferente con la TC. Finalmente, haciendo esta corrección, los pacientes que acudieron al SU por dolor en FID no tenían patología visible en la imagen en el 32%, presentaban apendicitis en el 37%, y el resto eran simuladores de apendicitis, destacando en orden de prevalencia la causa ginecológica, colitis derecha, adenitis e ileitis, siendo el resto de patologías mucho menos frecuentes.

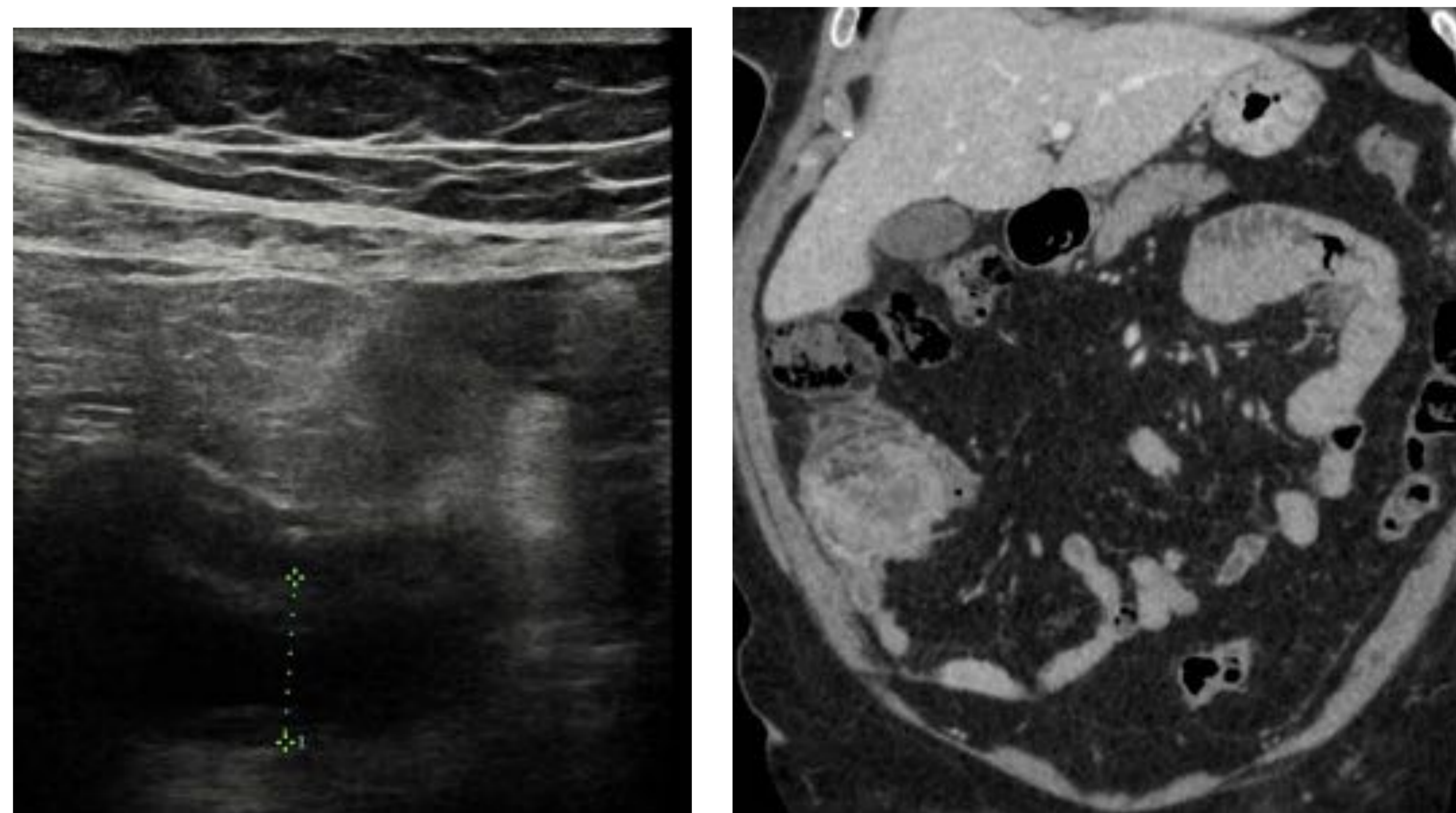


Conclusión

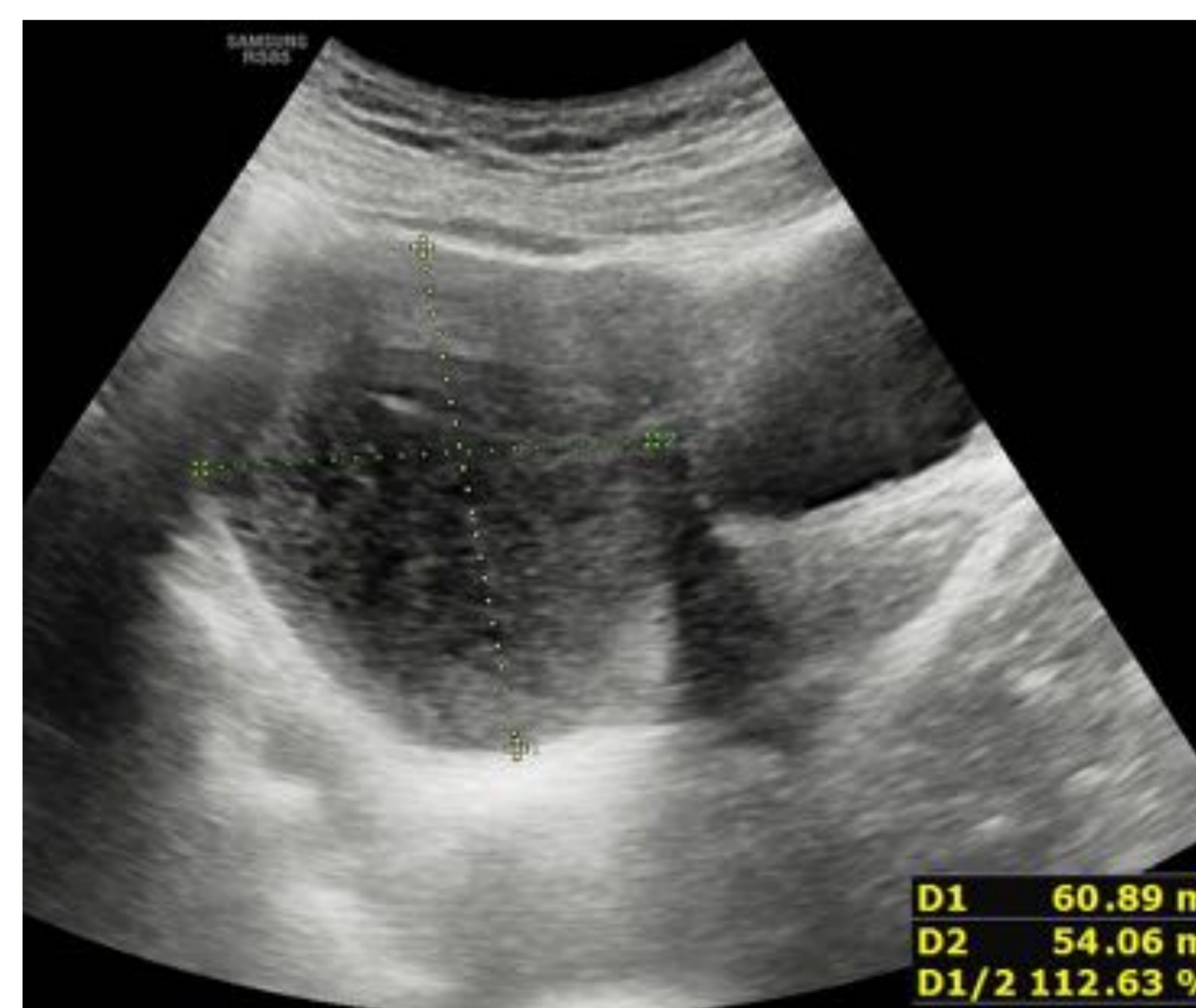
Debemos recordar que ante un dolor en FID en un **31%** de los casos se va a llegar a un diagnóstico diferente al de apendicitis. En la mayoría de ellos se conseguirá diagnosticar mediante Ecografía, siendo innecesaria la realización de una TC. La orientación clínica es necesaria para descartar otras patologías.



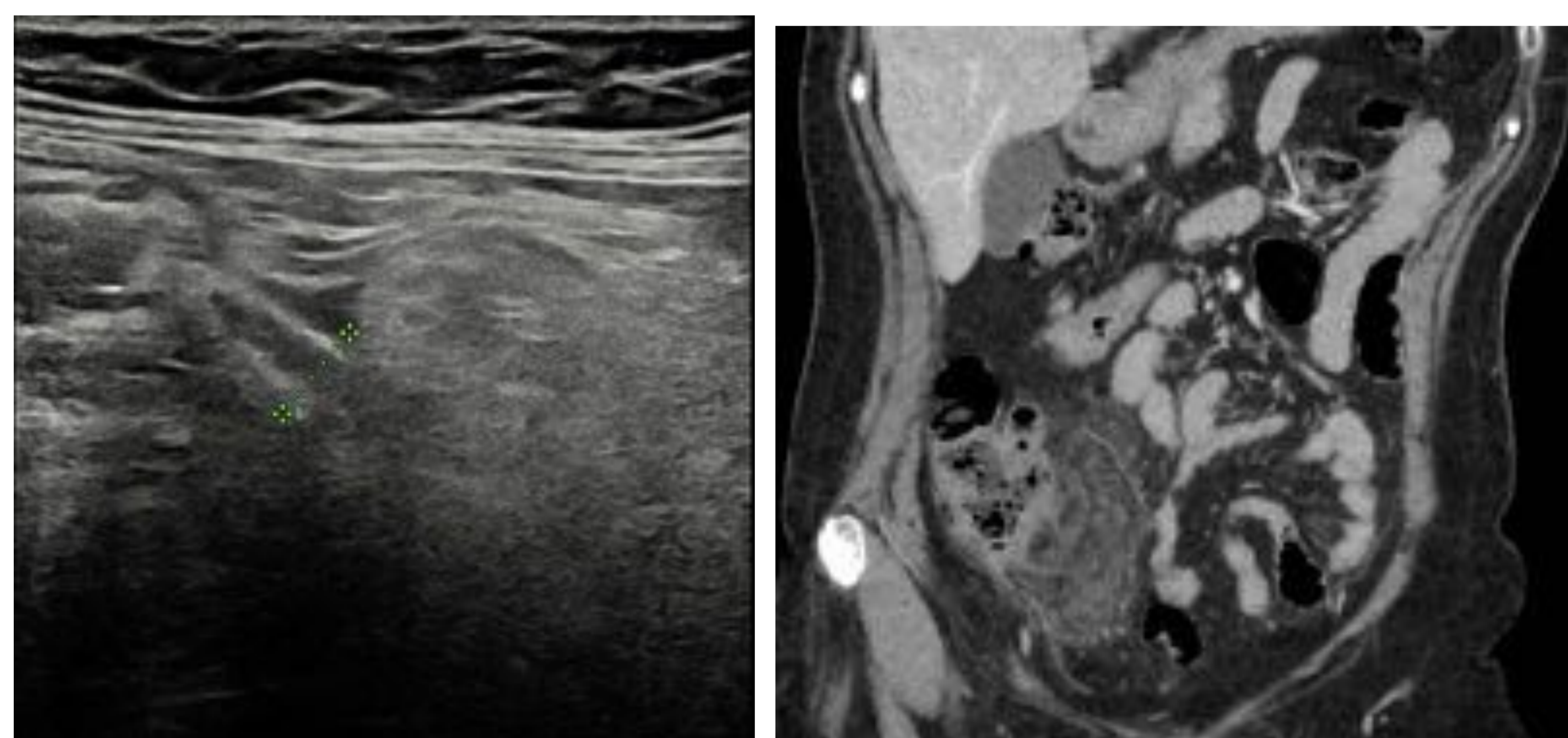
Mujer de 77 años que acude por dolor en FID. En la ecografía se identifica una masa pélvica tumoral de atenuación heterogénea de márgenes lobulados que contacta ampliamente sin plano de separación con la pared lateral izquierda del fundus uterino y contacta y engloba a la teórica localización anexial izquierda. El resultado de anatomía patológica es de una neoplasia primaria ovárica.



Varón de 69 años con dolor en FID. En la ecografía se observa un engrosamiento mural del ciego que se verifica con TC. Adenocarcinoma de colon derecho.



Mujer de 21 años con dolor en FID, leucocitosis y neutrofilia. Enfermedad pélvica inflamatoria con piosálpinx derecho.



Mujer de 54 años. En la ecografía se apéndice en el límite alto de la normalidad solo en su porción proximal. En el TC se observa una lesión mayoritariamente grasa, trabeculada, con leve halo hiperdenso en la periferia y vasos arremolinados en su interior, que dependen de la vasculatura epiploica. Hallazgos compatibles con infarto omental con cambios inflamatorios en el apéndice por contigüidad.



Varón de 25 años con intenso dolor en FID. En el TC se visualiza una masa voluminosa en dicha localización, con adenopatías mesentéricas de tamaño significativo. Linfoma folicular.

La orientación clínica y la ecografía son las herramientas principales para el diagnóstico.

Bibliografía

1. Naidoo P, Singh B. Current radiological strategies for the assessment of right lower quadrant abdominal pain. S. Afr. J. radiol. (Online) [Internet]. 2014 Oct [cited 2019 Sep 14] ; 18(1): 1-15. Available from: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-67782014000100021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4102/sajr.v18i1.695>.
2. Purysko AS, Remer EM, Leão Filho HM, Bittencourt LK, Lima RV, Racy DJ. Beyond appendicitis: Common and uncommon gastrointestinal causes of right lower quadrant abdominal pain at multidetector CT. Radiographics. 2011;31(4):927-947. <http://dx.doi.org/10.1148/rg.314105065>
3. Thompson JP, Selvaraj D, Nicola R. Mimickers of Acute Appendicitis. J Am Osteopath Coll Radiol 2014; Vol. 3, Issue 4.