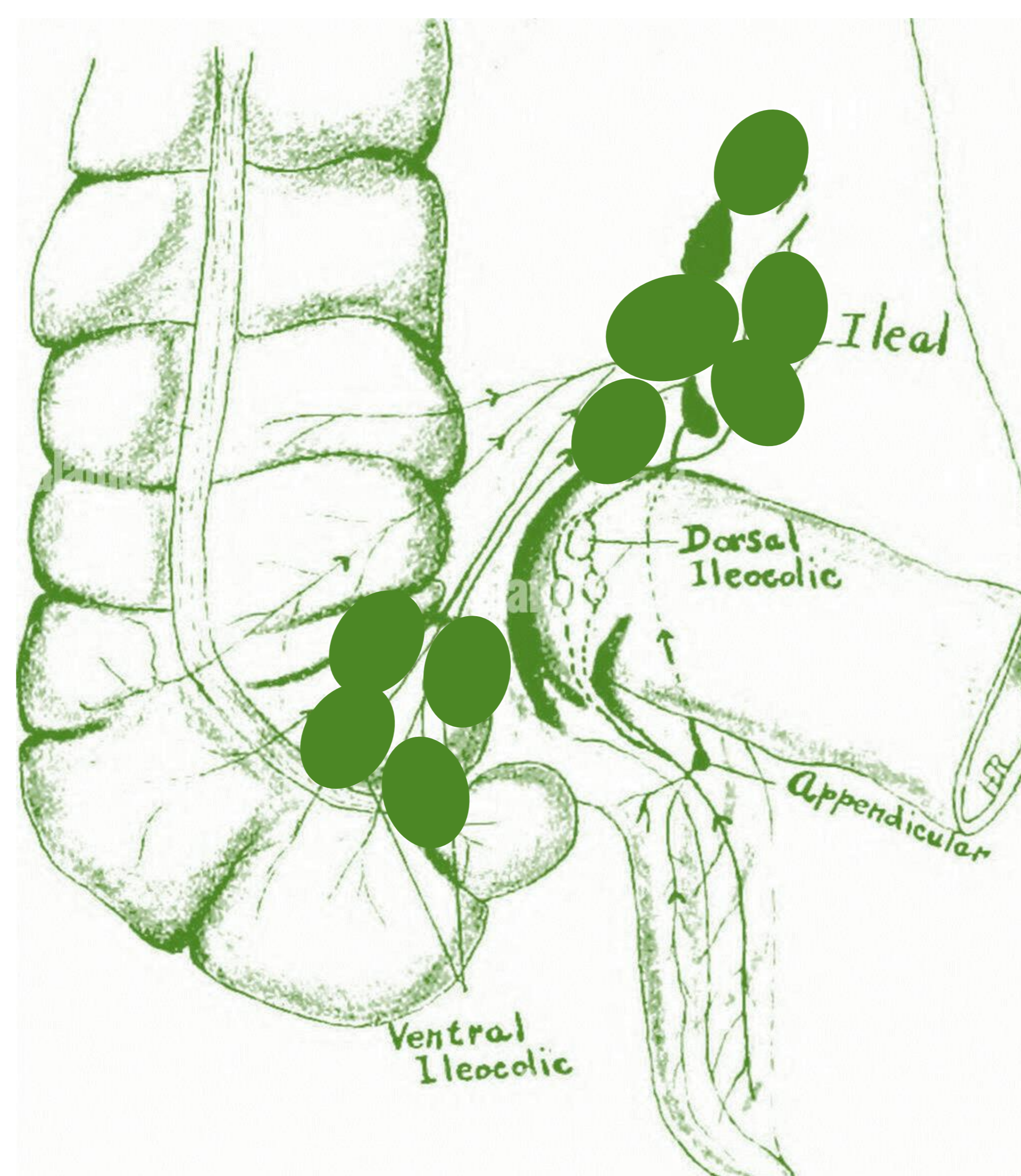
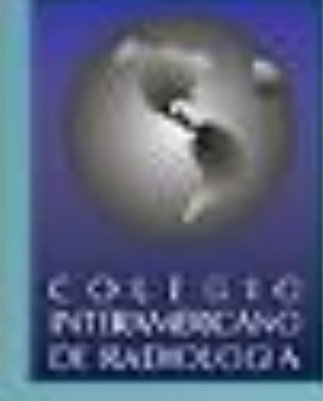


Apéndice parece, íleon no es...



Felipe Briones Bajaña¹, Carlos Martínez Martínez¹,
Paula Pérez Naranjo¹, M^a del Mar Torecillas
Cabrera, Antonio Sánchez Torrente¹

Hospital Clínico Universitario San Cecilio,
Granada.



OBJETIVOS:

- Optimizar el diagnóstico diferencial de la patología intestinal aguda en cuadrante inferior derecho incluyendo a las adenitis como patología estrella de la presente comunicación.
- Describir los hallazgos ecográficos normales en la fosa ilíaca derecha de pacientes en edad pediátrica así como los hallazgos en la adenitis mesentérica en esta población.

REVISIÓN TEMA:

ASPECTOS GENERALES:

El dolor agudo en la fosa ilíaca derecha es un cuadro frecuente en la infancia, su origen puede ser secundario a un amplio abanico de procesos gastrointestinales y genitourinarios que constituyen el diagnóstico diferencial de la apendicitis aguda.

Sin embargo según qué tipo de estudio, la patología más frecuente a nivel de la fosa iliaca derecha en pediatría es la adenitis mesentérica, que se debe considerar ante todo paciente con dolor abdominal y fiebre (Fig. 1). Su principal diagnóstico diferencial debemos realizarlo con la apendicitis aguda.

La adenitis se caracteriza por un marcado agrandamiento de los ganglios linfáticos del mesenterio. La eco muestra múltiples adenopatías mesentéricas hipoecoicas y aumentadas de tamaño asociadas o no a un suave engrosamiento de la pared del intestino.



Fig. 1. Dolor abdominal pediátrico

REVISIÓN TEMA:

ASPECTOS GENERALES:

La adenitis mesentérica asociada a ileitis terminal es la causa digestiva más frecuente de diagnóstico erróneo de apendicitis. Por ellos es lógico que la adenitis mesentérica sea la causa más frecuente de dolor abdominal agudo en pacientes apendicetomizados con apéndices normales.

La adenitis mesentérica asociada a ileitis terminal es la causa digestiva más frecuente de diagnóstico erróneo de apendicitis. Por ellos es lógico que la adenitis mesentérica sea la causa más frecuente de dolor abdominal agudo en pacientes apendicetomizados con apéndices normales.

Las posibles causas de la adenitis mesentérica son variadas e incluyen diferentes entidades que deberemos tener en cuenta en el diagnóstico diferencial. Las etiologías principales son la gastroenteritis viral y bacteriana (por ejemplo, tras la infección por *Yersinia enterocolitica* o *Campylobacter yeyuni*) (Fig. 2) , la enfermedad inflamatoria intestinal y el linfoma. De entre todas ellas, la causa más frecuente y la que más deberemos tener en cuenta será la etiología vírica.

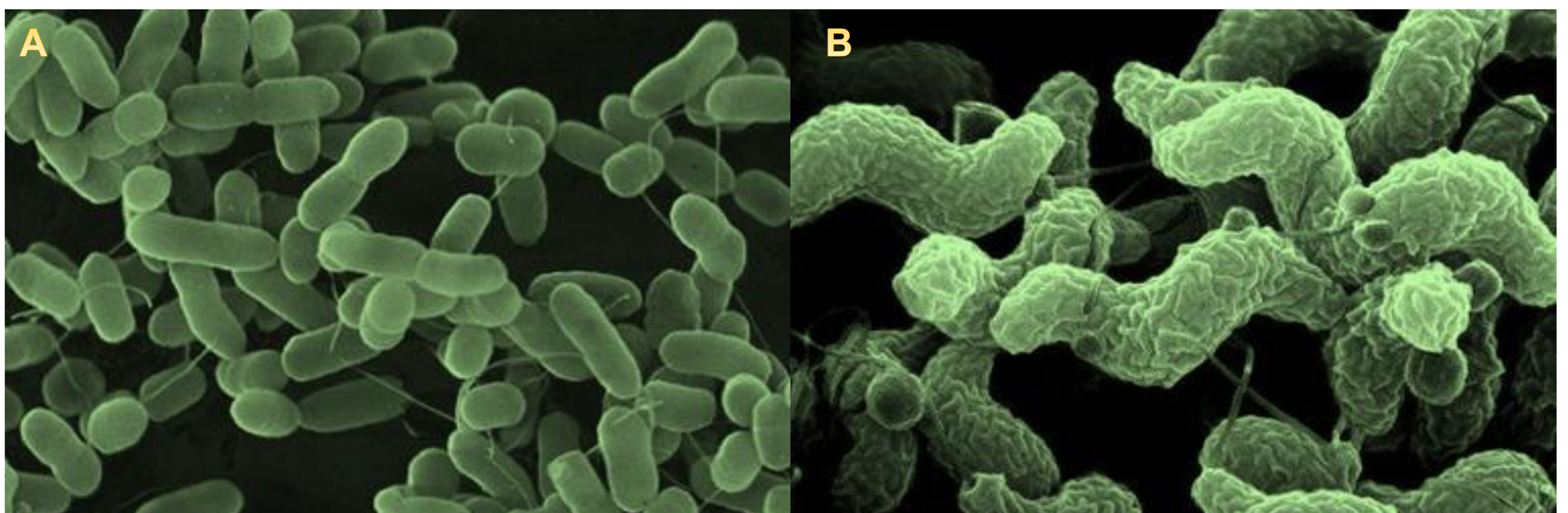


Fig. 2 Gérmenes relacionados con algunos casos de adenitis mesentérica, A) *Yersinia enterocolitica* y B) *Campylobacter yeyuni*. Imágenes obtenidas de <https://seguridadalimentaria.elika.eus/>

REVISIÓN TEMA:

DIAGNÓSTICO:

La adenitis se caracteriza por un marcado agrandamiento de los ganglios linfáticos del mesenterio. En cuanto a las pruebas diagnósticas de la adenitis mesentérica, los valores de PCR y leucocitos suelen estar moderadamente elevados. La analítica de orina suele ser útil para excluir infección y realizar el diagnóstico diferencial.

Sin embargo, la exploración física sola puede presentar limitaciones para diagnosticar la enfermedad, y se requiere de estudios de imagen para el diagnóstico. En el caso de la población pediátrica y con intención de evitar la irradiación, podríamos considerar la ecografía de primera elección.

La ecografía suele ser la técnica diagnóstica más importante, muestra múltiples adenopatías mesentéricas hipoecoicas y aumentadas de tamaño asociadas o no a un suave engrosamiento de la pared del intestino.

Se sugiere que el diagnóstico radiológico es de sospecha, si hay 3 o más ganglios linfáticos, con un diámetro igual o mayor de 5 mm (Fig. 3 y Fig. 4).

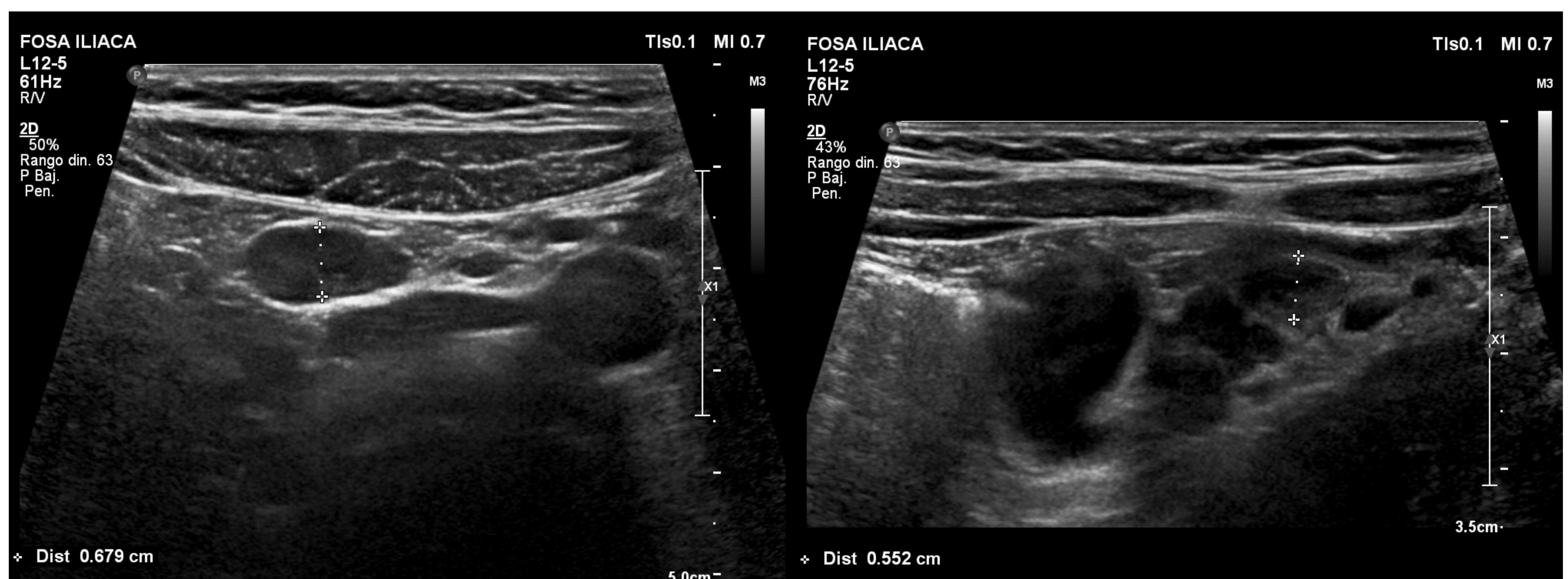


Fig. 3 Ejemplos de adenopatías ileocólicas en pacientes con sospecha de apendicitis aguda en el que únicamente se observaron ganglios aumentados de tamaño.

REVISIÓN TEMA:

DIAGNÓSTICO:

El aumento de tamaño de los ganglios linfáticos también puede encontrarse en los casos de apendicitis aguda, pero generalmente los ganglios no son tan numerosos ni tan grandes como en los casos de adenitis mesentérica.

Además, podemos añadir técnicas doppler, que puede ayudar a diagnosticar la causa del dolor abdominal, con aumento de dicha señal en los pequeños vasos mesentéricos y en los tejidos blandos adyacentes. La ausencia de visualización del apéndice inflamado también sugiere el diagnóstico de linfadenitis mesentérica más que de apendicitis aguda.

Hay que puntualizar que las enfermedades neoplásicas, sobre todo linfomas no Hodgkin, también pueden afectar a los ganglios mesentéricos y pueden generar masas que produzcan sensibilidad a la palpación en fosa ilíaca derecha. En muchos casos también suele haber afectación de los ganglios linfáticos retroperitoneales y pélvicos.

Las adenopatías del linfoma sin embargo no son de aspecto inflamatorio y no suelen conservar la morfología y el aspecto de adenopatías normales, si no que forman bloques.

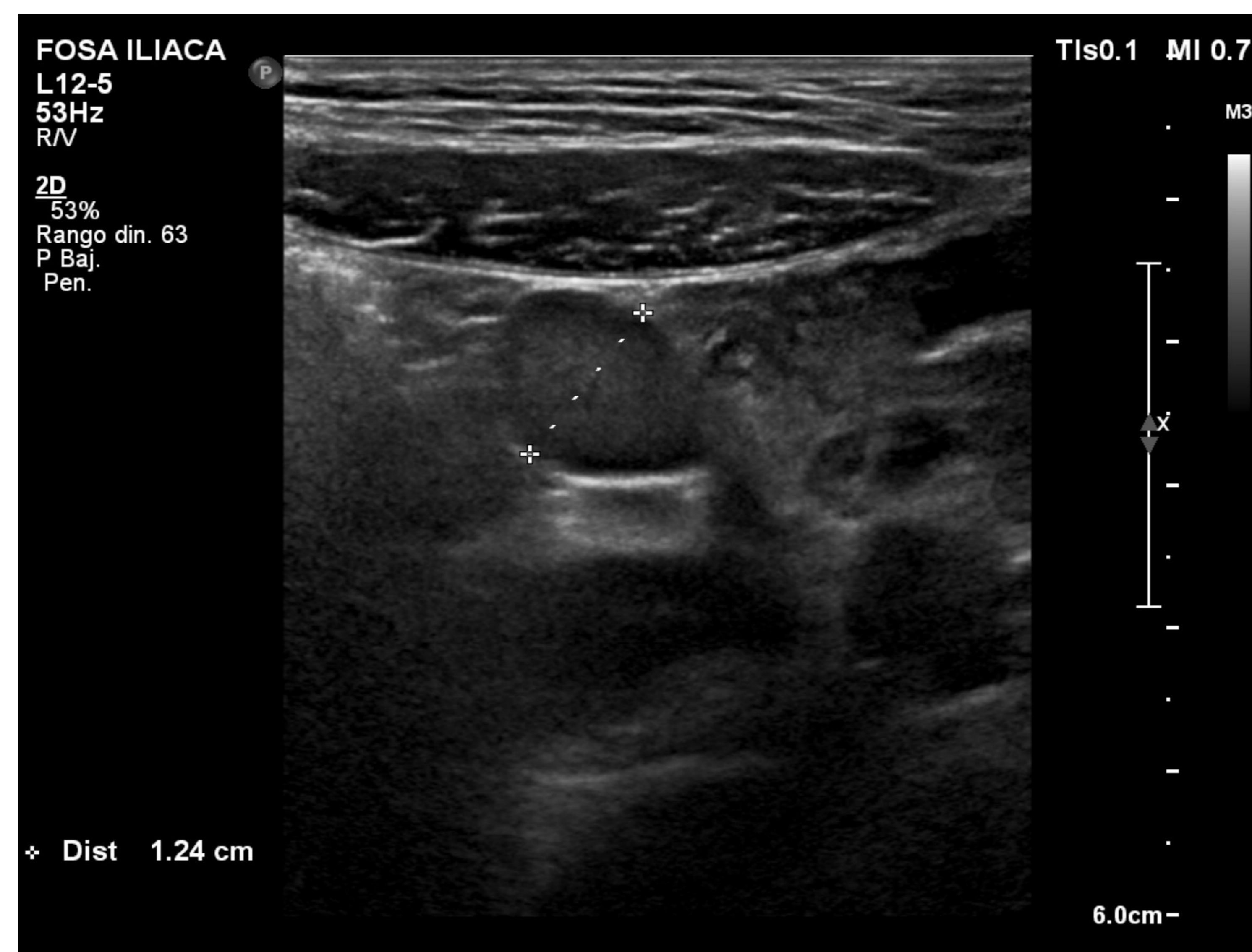


Fig. 4 Ejemplo de una adenopatía ileocólica de 12mm de eje corto en paciente con dolor abdominal inespecífico.

CONCLUSIÓN:

- La adenitis mesentérica se trata de una entidad con múltiples causas posibles, siendo la más frecuente la etiología vírica.
- Otras causas a tener en cuenta serían la etiología infecciosa bacteriana (como la infección por *Yersinia enterocolitica*), la enfermedad inflamatoria intestinal, la tuberculosis y la etiología neoplásica (sobre todo los linfomas).
- La patología más frecuente en la fosa ilíaca derecha en pediatría es la adenitis mesentérica, que se debe considerar ante todo paciente con dolor abdominal y fiebre. Su principal diagnóstico diferencial debemos realizarlo con la apendicitis aguda
- Se trata de una enfermedad con sintomatología autolimitada, y el manejo de soporte y expectante, y cuando se llegue a un diagnóstico etiológico concreto, el tratamiento de la causa.

REFERENCIAS:

- Macari M, Hines J, Balthazar E et-al. Mesenteric adenitis: CT diagnosis of primary versus secondary causes, incidence, and clinical significance in pediatric and adult patients. AJR Am J Roentgenol. 2002;178 (4): 853-8
- Lucey BC, Stuhlfaut JW, Soto JA. Mesenteric lymph nodes: detection and significance on MDCT. AJR Am J Roentgenol. 2005;184 (1): 41-4
- Frisch M, Pedersen BV, Andersson RE. Appendicitis, mesenteric lymphadenitis, and subsequent risk of ulcerative colitis: cohort studies in Sweden and Denmark. BMJ. 2009;338: b716.
- Rao PM, Rhea JT, Novelline RA. CT diagnosis of mesenteric adenitis. Radiology. 1997;202 (1): 145-9
- Simanovsky N, Hiller N. Importance of sonographic detection of enlarged abdominal lymph nodes in children. J Ultrasound Med. 2007;26 (5): 581-4.
- Helbling R, Conficconi E, Wyttenbach M, Benetti C, Simonetti GD, Bianchetti MG, Hamitaga F, Lava SA, Fossali EF, Milani GP. Acute Nonspecific Mesenteric Lymphadenitis: More Than "No Need for Surgery". (2017) BioMed research international. 2017: 9784565.