



Dolor en fosa iliaca derecha: si en la ecografía el apéndice es normal (o casi) ¿qué hacemos?

José Montilla López-Gay, Almudena Gil Boronat,
Marina Herrero Huertas

Hospital Ramón y Cajal, Madrid

OBJETIVO DOCENTE:

La realización de una ecografía para descartar apendicitis aguda en un paciente con dolor en fosa iliaca derecha es una práctica muy frecuente en una sección de urgencias. Debemos conocer bien los signos de apendicitis aguda, pero el dolor en fosa iliaca derecha tiene un amplio diagnóstico diferencial, existiendo varias patologías en las que tenemos que pensar si nos encontramos ante un apéndice normal (o casi normal), pudiendo en muchas ocasiones llegar a realizar un diagnóstico concreto con la ecografía.

REVISION DEL TEMA:

Al realiza una ecografía por dolor en fosa iliaca derecha podemos identificar un apéndice normal, o que no cumple criterios de apendicitis aguda, en cuyo caso debemos sospechar distintas patologías:

1) **Patología de la región ileocecal.** Ante la existencia de cambios inflamatorios en la grasa locorregional de la fosa iliaca derecha se debe explorar con detalle la región ileocecal, cuya patología inflamatoria (o tumoral complicada) suele afectar al apéndice por vecindad, pudiendo estar éste discretamente aumentado de calibre.

a) **Enterocolitis infecciosa** (E coli, Yersinia, Campylobacter, Salmonella): engrosamiento difuso de la pared ileal y/o colónica, con ganglios mesentéricos aumentados de tamaño, inflamación de la grasa locorregional y ascitis (figura1).

b) **Enfermedad de Crohn:** produce típicamente una afectación parcheada, siendo las porciones más afectadas el íleon terminal (más del 70% de los casos) y el colon proximal. En la mayoría de las ocasiones su diagnóstico es ya conocido cuando acuden a urgencia, por lo que se solicita una prueba de imagen para descartar complicaciones agudas (abscesos, estenosis, obstrucción, perforación, fistula). Debemos que sospechar un primer episodio en un paciente joven (20-39 años) con engrosamiento segmentario moderado de la pared del íleon terminal, aumento de la vascularización intramural, con/sin engrosamiento asociado de la pared del ciego, hiperecogenicidad y discreto efecto de masa de la grasa y adenopatías mesentéricas (figura 2), siendo difícil de diferenciar de la patología infecciosa.

c) **Tiflitis o enterocolitis neutropénica:** típicamente en pacientes neutropénicos, principalmente con neoplasias hematológicas, con diarrea, fiebre y dolor abdominal. Se aprecia un marcado engrosamiento circunferencial de la pared del ciego y colon ascendente y ocasionalmente del íleon terminal y apéndice, siendo la historia clínica fundamental para su diagnóstico.

d) **Diverticulitis de colon ascendente o ciego:** engrosamiento mural de un segmento de colon, con afectación de la grasa circundante, siendo en muchas ocasiones difícil de identificar el divertículo inflamado (figura 3). También puede existir una diverticulitis de un dolicosigma localizado en fosa iliaca derecha.

e) **Patología tumoral complicada** (figura 4), difícil de diferenciar en ocasiones de la diverticulitis (como ocurre en el sigma).

f) **Colitis isquémica:** afecta con más frecuencia al colon izquierdo.

g) **Inflamación del divertículo de Meckel.** En la mayoría de las ocasiones lo único que veremos serán cambios inflamatorios inespecíficos en el cuadrante inferior derecho, ya que el divertículo de Meckel complicado suele perder su aspecto habitual y no se reconoce como tal o se confunde con una colección o con un asa de delgado con la pared engrosada. En algunas ocasiones puede identificarse como una estructura tubular que termina en saco ciego con contenido líquido y/o gas y con engrosamiento de su pared, en relación con el íleon distal (figura 5).

2) Si nos llama la atención una afectación focal de la grasa locorregional, pero tanto el apéndice como la región ileocecal son de características normales, debemos pensar en la posibilidad de una **afectación predominante mesentérica**, que incluye dos patologías benignas y autolimitadas muy similares: el infarto omental y la apendicitis epiploica (apendagitis). En ambos la clínica consiste en un dolor abdominal agudo e intenso, localizado a punta de dedo, con signos de irritación peritoneal que muchas veces contrasta con buen estado general, y no presentan alteraciones analíticas significativas. También la imagen ecográfica es muy similar: coincidiendo con el punto de máximo dolor se observa una masa ecogénica y ovalada, no compresible, adyacente al colon (y en la mayoría de los casos también a la pared abdominal anterior), con ausencia de flujo central (figura 6). El **infarto omental** consiste en una extensa necrosis focal de la grasa abdominal, por torsión o por trombosis venosa, casi siempre en lado derecho del omento mayor. La **apendicitis epiploica**, más frecuente en la fosa iliaca izquierda, es de menor tamaño y puede asociarse a engrosamiento parietal colónico. Se suele realizar una TC para confirmar su diagnóstico, que permite diferenciarlos de forma más segura.

3) Un caso particular que podemos encontrar en niños y jóvenes, frecuentemente con antecedente de infecciones víricas, es la **adenitis mesentérica**. Se visualizan conglomerados adenopáticos en cuadrante inferior derecho (figura 7). Para el diagnóstico ecográfico es de ayuda el dolor selectivo cuando se presionan las adenopatías con el transductor. Tanto la gastroenteritis como la apendicitis pueden cursar con adenopatías mesentéricas, tratándose por tanto de un diagnóstico de exclusión.

4) En el caso de identificar un apéndice normal, sin cambios inflamatorios locorregionales, debemos explorar con detalle otros órganos para descartar la existencia de **patología ginecológica** (quiste ovárico, torsión ovárica, endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica), **nefrourológica** (pielonefritis aguda, cólico renal), o incluso de la vesícula biliar (colecistitis aguda).

Además, al realizar una ecografía nos podemos encontrar un **apéndice de aspecto patológico, pero sin cambios inflamatorios circundantes**. Esto puede ocurrir en el caso del **mucocele** (marcada dilatación de la luz apendicular por secreción mucinosa). También en la **hiperplasia folicular linfoide del apéndice**; hay que sospecharla en un niño con un apéndice levemente aumentado (6-8mm), que presenta una capa engrosada hipoecogénica, sin desestructuración de su pared, sin signos indirectos de inflamación locorregional y con analítica normal.

CONCLUSIONES:

El dolor en fosa iliaca derecha tiene un amplio diagnóstico diferencial, siendo la ecografía abdominal una pieza clave en su estudio y la apendicitis aguda la entidad principal que siempre debemos descartar. Pero si identificamos un apéndice normal no debemos dar por terminada la prueba, sino que debemos pensar en otras patologías alternativas, muchas de las cuales también podemos llegar diagnosticar con la ecografía.

REFERENCIAS:

- Puryško AS, Remer EM, 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 July-August 2011 31:4 927-947
- D. Mandich Crovetto, A. Veitia Sarmiento, D. Plata Ariza, G. Ayala Calvo, E. Martínez Chamorro, S. Borruel Nacenta. Desafíos diagnósticos en la apendicitis aguda: imitadores y pitfalls en ecografía y TCMD. SERAM 2014 / S-0133.
- P. Garatea Aznar, P. Caballero García, C. Jiménez Veintemilla, P. Rodríguez de la Fuente, L. Y. Ortega Molina, S. Ostiz Zubieta. Dolor en FID: Diagnóstico por imagen. SERAM 2012 / S-1105.
- M. Á. Méndez Alonso, A. Gil Sierra; No todo dolor en la fosa iliaca derecha(FID) es una apendicitis. SERAM 2014 / S-1223
- B. Sastre Borregón E.Valbuena Durán, J.Martínez Ollero, M J.Raya Núñez, L.Nicolás Liza. Hiperplasia folicular linfoide del apéndice. SERAU 2017.
- R. Corrales Pinzón, K. El Karzazi Tarazona, P. Sanchez de Medina Alba. Divertículo de Meckel complicado, un diagnóstico a tener en cuenta en el dolor abdominal agudo. Hallazgos radiológicos en ecografía y TC multidetector. SERAM 2012/S-1351.
- A. M. Afonso Centeno, M. Otero García, J. Vieito Fuentes. Divertículo de Meckel: formas de presentación clínica y hallazgos por imagen. SERAM 2014 / S-0950

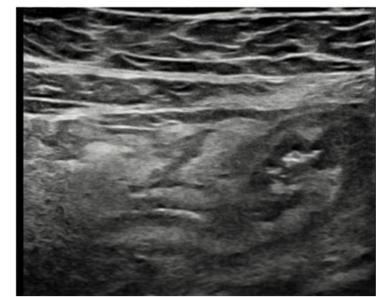


Figura 1. Enterocolitis infecciosa



Figura 2. Enfermedad de Crohn

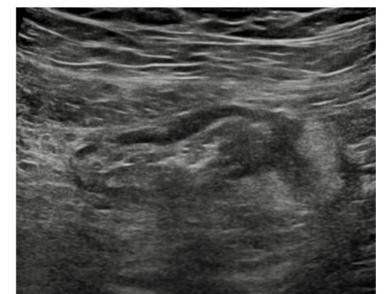


Figura 3. Diverticulitis del colon ascendente



Figura 4. Engrosamiento tumoral de la pared del colon ascendente.

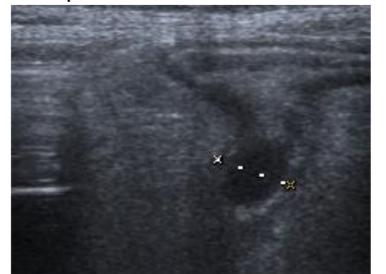


Figura 5. Divertículo de Meckel

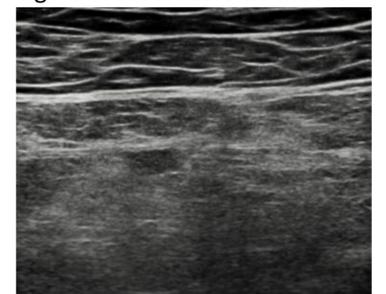


Figura 6. Afectación focal de la grasa (infarto omental).

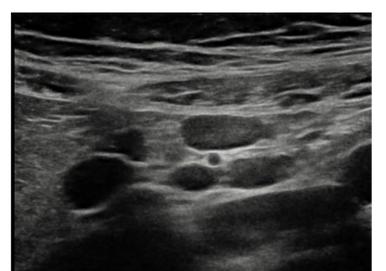


Figura 7. Adenitis mesentérica.