

◆ CASO CLÍNICO

Empiema pleural secundario a apendicitis subdiafragmática: una extraña presentación

Andrés García Marín,¹ Jorge Martín Gil,¹ Carmen Nofuentes Riera,²
Alberto Vaquero Rodríguez,¹ María D Pérez Díaz,¹ Fernando Turégano Fuentes¹

¹ Servicio de Cirugía General II. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

² Servicio de cirugía general. Hospital Universitario San Juan de Alicante, España

Acta Gastroenterol Latinoam 2010;40:276-277

Resumen

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico. Sus formas atípicas de presentación dificultan el diagnóstico, lo que determina un retraso en el mismo y un mayor porcentaje de complicaciones. Presentamos, por su rareza, un caso de empiema pleural secundario a una apendicitis subdiafragmática.

Palabras claves. Empiema pleural, apendicitis aguda, apendicectomía laparoscópica.

Thoracic empyema due to subphrenic appendicitis: an infrequent presentation

Summary

Acute appendicitis is the most common abdominal surgical emergency. Atypical presentations lead to a late diagnosis with a higher complication rate. Given its rarity, we report a case of a thoracic empyema due to subphrenic appendicitis.

Key words. Thoracic empyema, acute appendicitis, laparoscopic appendectomy.

Las formas clínicas atípicas de presentación de una apendicitis dificultan el diagnóstico, lo que determina un retraso en el mismo y un mayor porcentaje de complicaciones abdominales.¹ El objetivo de este trabajo es la presentación, por su rareza, de la asociación entre un empiema pleural y una apendicitis aguda.

Correspondencia: Andrés García Marín

Plaza de Gabriel Miró Nº 3 Piso 1º Letra B, 28005. Madrid. España.

Tel. 646872978 / 913650497

E-mail: agmarin80@hotmail.com

Caso clínico

Se presenta un varón de 68 años de edad con antecedentes de colecistectomía que acudió al Servicio de Urgencias por dolor en fosa renal derecha irradiado hacia flanco de una semana de evolución y fiebre de 38° C. En la exploración física destacaba una hipoventilación basal y dolor en hipocondrio derecho con contractura de la musculatura paravertebral ipsilateral. Las pruebas complementarias no mostraron alteraciones salvo un derrame pleural derecho. Debido a la persistencia del dolor y a que el paciente había acudido en dos ocasiones en una semana a nuestro centro, se decidió realizar una tomografía computarizada toracoabdominal en la que se observó un derrame pleural derecho y un apéndice retrocecal que llegaba a nivel subhepático con una colección de 2 centímetros (Figura 1). Con el diagnóstico de apendicitis aguda perforada con absceso periapendicular, se realizó una apendicectomía laparoscópica hallándose un apéndice retrocecal gangrenoso adyacente a cúpula diafragmática.

En el postoperatorio el paciente presentó un cuadro de insuficiencia respiratoria con marcado derrame pleural derecho en la radiografía de tórax (Figura 2), realizándose una toracocentesis que fue concluyente para el diagnóstico de un empiema con cultivo positivo para *Klebsiella oxytoca*. Tras la toracocentesis se colocó un drenaje endotorácico con buena evolución posterior y el paciente fue dado de alta a las dos semanas.

Discusión

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico. Las formas clínicas atípicas de presentación conllevan una mayor dificultad diagnóstica, con un retraso en el mismo y un mayor índice de complicaciones. Dichas formas atípicas pueden venir determinadas por las características del paciente (ancianos, niños, embarazadas), la situación

anatómica del apéndice o del ciego (malrotación, descenso parcial), las adherencias en relación con cirugías previas, etc. La localización subhepática fue descrita por primera vez por King en 1955.^{1,2}

En nuestro caso el ciego estaba a nivel del flanco derecho y el apéndice, sin ser excesivamente largo, llegaba por vía retrocecal a contactar con el diafragma, lo que determinó que no presentase la sintomatología típica y, junto con una pruebas complemen-

Figura 1. Tomografía computarizada: apéndice retrocecal de gran longitud que llega hasta nivel subhepático asociado a absceso periaapendicular (fechas naranjas: colección periaapendicular; flecha rosa: apéndice; flecha roja: ciego).

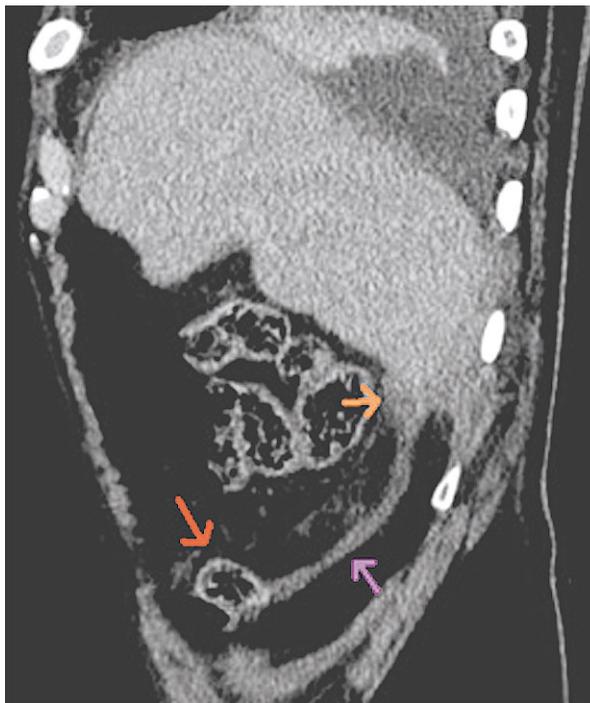


Figura 2. Radiografía de tórax: derrame pleural en campo medio e inferior del pulmón derecho.



tarias normales, condicionó el retraso diagnóstico. Se han descrito otras formas clínicas atípicas tales como absceso inguinal o retroperitoneal, obstrucción intestinal debida a un absceso intraabdominal o al atrapamiento de un asa intestinal por el apéndice, retención urinaria en pacientes ancianos, etc. Esto hace que, ante situaciones atípicas, deba solicitarse un estudio por imágenes para descartar la posibilidad de una apendicitis aguda.³⁻⁵

El empiema pleural es una forma atípica de presentación de la apendicitis aguda, sobre la cual se han descrito menos de diez casos en la literatura y cuyo diagnóstico requiere la realización de una toracocentesis (aspecto purulento del líquido pleural con una densidad mayor de 1.016, proteínas mayores de 2,5 g/dl, pH menor de 7,20, LDH mayor de 1.000 UI/l, glucosa menor de 40 mg/dl) y el aislamiento de flora gastrointestinal en el cultivo. Su tratamiento se basa en la antibioterapia empírica de amplio espectro, el drenaje endotorácico y la resolución de la causa.⁶⁻⁸ En nuestro caso el empiema pleural se debió a la sobreinfección del derrame pleural preexistente causado por la irritación diafragmática debido a la localización atípica de la apendicitis aguda.

En este trabajo se pone de manifiesto que la forma de presentación de una apendicitis puede ser muy variable y, aunque en la mayoría de los casos la clínica es suficiente, en un pequeño porcentaje la localización atípica puede plantear problemas diagnósticos, siendo de gran utilidad en estos casos los estudios por imágenes y el abordaje laparoscópico.

Referencias

1. Prystowsky JB, Pugh CM, Nagle AP. Appendicitis. *Curr Probl Surg* 2005;42:688-742.
2. Ting J, Farley R. Subhepatically located appendicitis due to adhesions: a case report. *J Med Case Reports* 2008;2:339-341.
3. O'Donnell ME, Sharif MA, O'Kane A, Spence RA. Small bowel obstruction secondary to an appendiceal tourniquet. *Ir J Med Sci* 2009;178:101-105.
4. Liu CC, Yen DH, Lu CL, Chern CH, Lee CH. Acute urinary retention in the elderly: an unusual presentation of appendicitis with a high perforation risk. *Gerontology* 2002; 48:387-391.
5. Wai E, Venkatesh S. Ascending retrocecal appendicitis presenting with right upper abdominal pain: utility of computed tomography. *World J Gastroenterol* 2009;15:3576-3579.
6. Hernline A, Burton EM, Hatley R. Thoracic empyema in a patient with acute appendicitis: a rare association. *J Pediatr Surg* 1994;29:1623-1625.
7. Law DK, Murr P, Bailey WC. Empyema. A rare presentation of perforated appendicitis. *JAMA* 1978;240:2566-2567.
8. Wong K, Kumar R. Fever following appendicectomy: think about thoracic empyema. *N Z Med J* 2007;120:U2561.