

Fecalito como signo radiológico en la apendicitis aguda

Jorge Alberto Blanco Figueroa^a, Jorge Alcaraz Silva^a,
Rigoberto Zamora Godínez^a

RESUMEN

Paciente varón de 15 años de edad, que acude a revisión por historia de dolor abdominal de 5 días de evolución. A la exploración física se encontró dolor localizado en fosa iliaca derecha a la palpación profunda, sin datos de irritación peritoneal ni signos apendiculares. Los laboratorios revelaron leucocitosis de 13,300 con neutrofilia y las radiografías simples de abdomen mostraron lito calcificado en fosa iliaca derecha. Se realizó laparotomía exploradora con hallazgos transoperatorios de apéndice abscedada de 6 × 3 cm, perforada en tercio medio y con fecalito libre de aproximadamente 2 cm en cavidad abdominal. Evolucionó sin complicaciones y egresó al cuarto día.

Palabras clave: Apendicitis, fecalito, radiografía.

Fecalito as radiographic sign in acute appendicitis ABSTRACT

Male patient was 15 years old presented abdominal pain 5 days ago. On physical examination, only had abdominal pain localized on the right iliac fossa. Laboratories had leukocytosis with neutrophilia $13.3 \times 10^9/L$ and abdominal X ray showed calcified lito on appendicular topography. Exploratory laparotomy was performed, intraoperative findings were abscessed

^aDepartamento de Cirugía General. Hospital General Tulancingo. Tulancingo de Bravo, Hidalgo, México.

Correspondencia: Jorge Alberto Blanco Figueroa. Lázaro Cárdenas 200, Col. Centro, Tulancingo de Bravo, Hidalgo, CP 43600. Correo electrónico: jorgeblan70@hotmail.com



Foto: Cortesía del autor

Figura 1. Radiografía simple.

and perforated appendix with free fecalito around 2 cm. He recovered without complications and was discharged 4th day.

Key words: Appendicitis, fecalito, radiography.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente varón de 15 años de edad, con historia de dolor abdominal de 5 días de evolución durante los cuales recibió múltiples tratamientos. A su ingreso, el paciente se encontró afebril, consciente, orientado, tranquilo, sin facies de dolor, cooperativo, orofaringe normal, ruidos cardíacos rítmicos con frecuencia 70 latidos por minuto, sin estertores ni sibilancias, abdomen blando depresible, dolor localizado en el cuadrante inferior derecho a la palpación profunda, sin datos de irritación peritoneal ni signos apendiculares, extremidades sin alteraciones. Los estudios de laboratorio revelaron: hemoglobina, 16.5; leucocitos, 13300; plaquetas,

297000; glucosa, 106; creatinina, 1.1; sodio, 131; potasio, 3.9; cloro, 95; tiempo de protrombina, 15; tiempo de tromboplastina, 31.4; INR, 1.1.

Las radiografías simples de abdomen mostraron coprostasis y lito calcificado en cuadrante inferior derecho (**figura 1**). Se decidió realizar laparotomía exploradora, teniendo como hallazgos transoperatorios apéndice vermiforme de 6×3 cm, perforado en tercio medio y con fecalito de aproximadamente 2 cm libre en cavidad abdominal (**figura 2**).

Evolucionó de manera satisfactoria, tolerando dieta y egresando al cuarto día postoperatorio.

DISCUSIÓN

La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente. Generalmente, el examen físico es suficiente para realizar el diagnóstico en los casos con síntomas y signos típicos, pero lamentablemente no es sencillo cuando se trata de niños. Aunque la radiografía simple de abdomen es la primera línea de imagen radiológica, se han empleado nuevos métodos como la ecografía, la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (MRI) en la evaluación inicial de los niños con dolor abdominal agudo con el fin de obtener un diagnóstico preciso¹⁻³. A pesar de que su uso ha sido cuestionado ampliamente por algunos autores, la radiografía sigue siendo usada por ser un método sencillo, barato, de fácil acceso y una ayuda radiológica reproducible⁴⁻⁶.

Un estudio demostró que la sensibilidad global de detección de un fecalito en la placa de abdomen para diagnosticar apendicitis fue sólo de 8%, mientras que la especificidad y el valor predictivo positivo fueron de 100%, por lo que la radiografía continúa teniendo valor en esta materia⁷. Por otro lado, se ha demostrado que la presencia de fecalito se asocia a un mayor índice de perforación⁸.

CONCLUSIÓN

La obstrucción de la luz es el factor etiológico dominante de la apendicitis aguda, y los fecalitos son la causa más común de oclusión apendicular. Por lo tanto, consideramos que cualquier paciente con fecalito demostrable por radiología y signos clínicos debe ser sometido a apendicectomía sin retraso alguno. ●



Figura 2. Hallazgos transoperatorios.

Foto: Cortesía del autor

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Van Breda Vriesman AC, Kole BJ, Puylaert JB. Effect of ultrasonography and optional computed tomography on the outcome of appendectomy. *Eur Radiol.* 2003;13:2278-82.
2. Pena BM, Taylor GA, Lund DP, Mandl KD. Effect of computed tomography on patient management and costs in children with suspected appendicitis. *Pediatrics.* 1999;104(3 Pt 1):440-6.
3. Hormann M, Paya K, Eibenberger K, Dorffner R, Lang S, Kreuzer S, et al. MR imaging in children with nonperforated acute appendicitis: value of unenhanced MR imaging in Sonographically selected cases. *AJR Am J Roentgenol.* 1998;171:467-70.
4. Rothrock SG, Green SM, Hummel CB. Plain abdominal radiography in the detection of major disease in children: a prospective analysis. *Ann Emerg Med.* 1992;21:1423-9.
5. Newman K, Ponsky T, Kittle K, Dyk L, Throop C, Gieseker K, et al. Appendicitis 2000: variability in practice, outcomes, and resource utilization at thirty pediatric hospitals. *J Pediatr Surg.* 2003;38:372-9; discussion 372-9.
6. Nance ML, Adamson WT, Hedrick HL. Appendicitis in the young child: a continuing diagnostic challenge. *Pediatr Emerg Care.* 2000;16:160-2.
7. Ulukaya Durakbaşı C, Taşbaşı I, Tosyali AN, Mutus M, Sehiralti V, Zemheri E. An evaluation of individual plain abdominal radiography findings in pediatric appendicitis: results from a series of 424 children. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2006;12(1):51-8.
8. Alaadeen DI, Cook M, Chwals WJ. Appendiceal fecalith is associated with early perforation in pediatric patients. *J Pediatr Surg.* 2008;43(5):889-92.