

---



---

**REPORTE DE CASO**


---



---

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.54786>

## Apendicitis aguda posterior a un trauma abdominal cerrado. ¿Casualidad o causalidad?

*Acute appendicitis following blunt abdominal trauma. Coincidence or causality?*

Recibido: 18/12/2015. Aceptado: 02/10/2016.

Sergio Iván Latorre<sup>1</sup> • John Alexander Bustos<sup>1</sup> • Juan Pablo Villate<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - Facultad de Medicina - Departamento de Cirugía General - Bogotá D.C. - Colombia.

<sup>2</sup> Hospital Infantil Universitario de San José - Bogotá, D.C. - Colombia.

Correspondencia: Sergio Iván Latorre. Departamento de Cirugía General, Facultad de Medicina, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Carrera. 52 No. 67A-71. Teléfono: +57 1 4377540. Bogotá D.C. Colombia. Correo electrónico: silatorre@fucsalud.edu.co.

### | Resumen |

La apendicitis aguda es una enfermedad frecuente en la práctica clínica; entre sus causas bien definidas están la obstrucción luminal por fecalitos, la hiperplasia linfoide, los cuerpos extraños y los parásitos intestinales. El trauma abdominal cerrado se ha asociado como un factor etiológico de esta enfermedad; sin embargo, su relación causal aún no es clara. En el presente artículo, se presenta el caso de un paciente con apendicitis posterior a trauma abdominal cerrado.

**Palabras clave:** Apendicitis; Traumatismos abdominales; Heridas y Traumatismos (DeCS).

.....  
**Latorre SI, Bustos JA, Villate JP.** Apendicitis aguda posterior a un trauma abdominal cerrado. ¿Casualidad o causalidad? Rev. Fac. Med. 2017;65(1): 161-3. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.54786>.

### | Abstract |

Acute appendicitis is a common disease in clinical practice; some well-defined causes include luminal obstruction by fecoliths, lymphoid hyperplasia, foreign bodies and intestinal parasites. Closed abdominal trauma has been associated as an etiological factor, although, their causal relationship is still unclear. This paper presents the case of a patient with appendicitis after a closed abdominal trauma.

**Keywords:** Appendicitis; Abdominal Injuries; Wounds and Injuries (MeSH).

.....  
**Latorre SI, Bustos JA, Villate JP.** [Acute appendicitis following blunt abdominal trauma. Coincidence or causality?] Rev. Fac. Med. 2017;65(1): 161-3. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.54786>.

### Introducción

Los primeros datos que se tienen de la apendicitis provienen de autopsias realizadas por el médico alemán Lorenz Heister en 1711. Según Williams (1), en 1886 el Dr. Fitz publica un trabajo llamado

*Perforating inflammation of the vermiform appendix; with special reference to its early diagnosis and treatment*, en el cual se usa por primera vez el término *apendicitis*, se describen sus características clínicas y se hace una propuesta acerca de su manejo quirúrgico. Este documento es de gran importancia histórica, ya que reconoce un tratamiento quirúrgico potencial para esta enfermedad. Entre las causas bien definidas de la apendicitis aguda están: la obstrucción luminal por fecalitos, la hiperplasia linfoide, los cuerpos extraños y los parásitos intestinales (2); el trauma abdominal cerrado también ha sido relacionado como factor etiológico, sin embargo su relación causal aún no es clara. Por este motivo, en el presente artículo se presenta el caso de un paciente con apendicitis aguda en fase gangrenosa posterior a un trauma abdominal cerrado.

### Presentación de caso

Se trata de un paciente de sexo masculino, de 26 años de edad y con historia clínica de 20 horas de evolución luego de una caída en motocicleta con trauma abdominal contundente, quien consultó al servicio de urgencias por cuadro clínico de 5 horas de dolor persistente en hemiabdomen inferior, sin fiebre, sin vómito ni náuseas. El paciente no tenía ningún antecedente médico quirúrgico de importancia y no refirió dolor abdominal ni otros síntomas previos al trauma.

En el momento del examen físico, el paciente presentó tensión arterial de 125/74 mmHg, frecuencia cardíaca de 76 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 19 por minuto y temperatura de 37° C. El examen físico fue normal excepto por el abdomen, ya que el paciente manifestó dolor en flanco y fosa ilíaca derecha que empeoraba con la palpación; no se palpaban masas ni hernias. El hemograma evidenció leucocitos de 21 000 y 17 600 neutrófilos, hemoglobina 16.8 g/dL, hematocrito 49%, creatinina sérica 1.6 mg/dL y nitrógeno ureico 16.3 mg/dL. Entonces, se decidió hospitalizar al paciente y practicarle un *Focused Assessment Sonography for Trauma* (FAST), en el cual se evidenció un escaso líquido libre en la fosa ilíaca derecha y cavidad pélvica. Dados estos hallazgos, se solicitó tomografía axial computarizada abdominal contrastada, pero esta no se pudo realizar debido al aumento de los azoados (creatinina sérica 2.4 mg/dL y nitrógeno ureico 33.2 mg/dL).

Durante la observación, al segundo día de evolución, al paciente le empeoró el dolor abdominal y se le detectó evidencia de Blumberg