

## Cartas al Director

### APENDICITIS AGUDA COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO EN UN NIÑO DE 23 MESES

*Sr. Director:*

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de cirugía abdominal de urgencia en niños (4/1.000 niños/año según las series)<sup>(1)</sup>. Su pico máximo de incidencia se encuentra en la adolescencia (13-19 años), siendo extremadamente rara en menores de 2 años, en los que el diagnóstico suele ser bastante difícil, con una mayor tendencia para que este cuadro debute con perforación intestinal<sup>(2)</sup>. El diagnóstico suele ser clínico a pesar de que la presentación clásica sucede en menos de la mitad de los casos. En los niños menores de 24 meses, los síntomas más frecuentes son la fiebre alta y los vómitos. En la tabla I se muestran las causas más habituales de dolor abdominal en niños menores de 6 años<sup>(3)</sup>.

La rareza de la apendicitis en el lactante se explica por la corta longitud y forma de embudo del apéndice, así como por la amplitud de su apertura al ciego que hacen muy difícil el bloqueo intraluminal. Con el paso del tiempo se va produciendo el crecimiento en longitud del apéndice que se acompaña de estrechamiento de su luz<sup>(4)</sup>, con un progresivo aumento de

TABLA I. CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL<sup>(3)</sup>

Menores de 2 años	Preescolares (2-6 años)
Invaginación intestinal	GEA
Cólico del lactante	Foco ORL
GEA ( <i>Yersinia</i> , <i>Salmonella</i> )	Transgresiones alimentarias
Vólvulo	Apendicitis
Hernia encarcelada	Parasitosis
Estreñimiento	Hepatitis aguda vírica
Traumatismo	Adenitis mesentérica
	Pancreatitis
	ITU
	Neumonía basal
	Tumores abdominales

la frecuencia de este proceso durante el crecimiento.

Presentamos el caso clínico de una paciente de 23 meses de edad que acude a urgencias con un cuadro de 12 horas de evolución consistente en episodios de llanto con flexión de extremidades. Peso al nacer: 2.900 g, actual 11 kg. Antecedentes perinatales sin interés. Bronquiolitis a los 14 meses.

A la llegada presenta una temperatura de 37,5 °C con buen estado general, y está normohidratada y normocoloreada. La auscultación cardiopulmonar, la exploración ORL, neurológica, y de la piel son normales. El abdomen resulta blando y depresible, pero con defensa en fosa ilíaca dere-

cha. El signo de Blumberg no es valorable y los ruidos hidroaéreos no están aumentados. La analítica de orina y la bioquímica son normales. En el hemograma destaca una leucocitosis de 14.400 leucocitos con leve desviación izquierda. Se realiza ecografía abdominal en la que se observa una mínima cantidad de líquido libre periapendicular, así como alteraciones compatibles con apendicitis aguda. La paciente es operada de urgencia con un postoperatorio favorable.

En conclusión, queremos señalar que también se debe pensar en un cuadro de apendicitis aguda en niños de corta edad ante un dolor abdominal y fiebre sin un foco claro.

## Bibliografía

1. Apendicitis aguda. Medline. (en línea) (fecha de acceso 1 septiembre 2004). URL disponible en: file:///C:/Documents%20and%20Settings/ramon/Escritorio/MedlinePlus/Enciclopediamedica.htm
2. Apendicitis en los niños. (en línea) (fecha de acceso 1 septiembre 2004). URL disponible en: file:///C:/Documents%20and%20Settings/ramon/Escritorio/Sexología.htm
3. Arce Carrascoso J, Martín Carrascoso C, Domínguez Vallejo J. Niño con dolor abdominal. En: Callado Moro FJ, Espiga F.R. Urgencias en Medicina. Tercera Edición. Burgos: Librería Berceo; 1999. p. 810-5.
4. Jack HT, Chang y John R. Lilly. Apendicitis. En: A. M. Rudolph (ed.). Pediatría. 17ª Ed. 1985. p. 1041-4.

**J.R. Casal Codesido\*,  
Y. Rodríguez Gallego, S. de Castro  
Valentín, J. Rodríguez Calleja\*\***

*Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. \*Médico Servicio de Urgencias. Médico de Familia.  
\*\*Médico Pediatra. Hospital El Bierzo.*