

REPORTE DE CASO

Medicina

Apendicitis gangrenosa perforada con diagnóstico inicial erróneo de indigestión: reporte de un caso

Adrielle Fraga Correia¹, Zara Escobar Benítez¹

¹Carrera de Medicina, Facultad de la Universidad del Norte en Pedro Juan Caballero, Paraguay.

Enviado: 15 de diciembre de 2023

Aceptado: 26 de junio de 2024

Publicado: 14 de marzo de 2025

DOI: [10.5281/zenodo.21917216](https://doi.org/10.5281/zenodo.21917216)



Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC-BY)

RESUMEN

Objetivo: Describir un caso de apendicitis gangrenosa perforada en un varón adulto joven, cuya presentación inicial fue interpretada erróneamente como un cuadro de indigestión. **Métodos:** Se presenta el caso de un varón de 33 años, con antecedente de asma bronquial sin tratamiento de mantenimiento, que consultó por dolor abdominal persistente y progresivo asociado a vómitos. Siete horas antes había sido evaluado en el mismo servicio de urgencias, donde el cuadro fue interpretado como indigestión y fue dado de alta tras alivio parcial con antiemético e inhibidor de bomba de protones. **Resultados:** Al reingreso, el dolor se localizaba en hipogastrio y fosa ilíaca derecha, con migración posterior típica hacia esta última. Los estudios de laboratorio mostraron leucocitosis con desviación a la izquierda, y la ecografía abdominal evidenció ganglios mesentéricos reactivos, hallazgo inicialmente interpretado en el contexto de una probable adenitis mesentérica. La evaluación quirúrgica confirmó el diagnóstico intraoperatorio y anatomopatológico de apendicitis gangrenosa perforada. El paciente fue tratado con apendicectomía y antibioticoterapia con piperacilina-tazobactam, con evolución posoperatoria favorable, buena tolerancia oral y adecuado control analgésico, por lo que se otorgó el alta hospitalaria. **Conclusión:** Este caso ilustra cómo la presentación atípica o inespecífica de la apendicitis aguda —interpretada inicialmente como indigestión— puede retrasar el diagnóstico y favorecer la progresión hacia la gangrena y

Autor correspondiente: Zara Escobar Benítez. Carrera de Medicina, Facultad de la Universidad del Norte en Pedro Juan Caballero, Paraguay
Correo electrónico: zara.escobar.105@docentes.uninorte.edu.py

Financiación: Este artículo fue presentado para la Convocatoria 2023 del Programa de Iniciación Científica e Incentivo a la Investigación (PRICILA) de la Universidad del Norte (ARTI-23-077-PJC-MED). Los fondos para PRICILA fueron provistos por el Banco SUDAMERIS y el Rectorado de la Universidad del Norte.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

la perforación, y subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha y de reevaluar activamente al paciente cuyo dolor abdominal persiste tras el alta.

Palabras clave: apendicitis, perforación intestinal, abdomen agudo, diagnóstico tardío, errores diagnósticos, reporte de caso

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice vermiforme y constituye un padecimiento potencialmente peligroso, con complicaciones sustanciales que pueden conducir a la muerte, particularmente cuando se demoran el diagnóstico y el tratamiento adecuados; la precisión diagnóstica inicial y la tasa de perforación asociada varían según la edad y el sexo del paciente, así como según las tasas locales de apendicectomía (1).

Es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo quirúrgico a nivel mundial, con una incidencia que varía considerablemente entre regiones y sistemas de salud, y que en algunos entornos continúa en aumento (2,3).

La obstrucción de la luz apendicular se ha propuesto como el mecanismo fisiopatológico principal, aunque no siempre se identifica; entre sus causas se incluyen fecalitos, hiperplasia linfoide, cuerpos extraños, tumores y, en zonas endémicas, parásitos intestinales que pueden obstruir la luz apendicular en cualquier grupo etario (4).

El diagnóstico de la apendicitis aguda continúa siendo fundamentalmente clínico, apoyado en escalas de predicción diagnóstica; en población adulta, la escala de Alvarado y otras escalas específicamente validadas en este grupo etario —como la AIR, la RIPASA o la MASS— muestran un desempeño diagnóstico superior al de las escalas diseñadas originalmente para población pediátrica, cuya extrapolación directa a adultos puede no ser apropiada (5,6,7).

La ecografía abdominal, complementada cuando es necesario con tomografía computarizada, contribuye a reducir la tasa de apendicectomías negativas y a orientar la conducta quirúrgica ante cuadros de presentación dudosa, aunque su rendimiento diagnóstico puede verse limitado por hallazgos inespecíficos, como la presencia de adenopatías mesentéricas reactivas (8,9).

El tratamiento de la apendicitis complicada combina la apendicectomía con antibioticoterapia dirigida a la flora entérica mixta habitualmente involucrada, con esquemas

y duración que continúan siendo objeto de revisión activa en la literatura quirúrgica (10,11). Se presenta el caso de un varón adulto joven con apendicitis gangrenosa perforada, cuya presentación inicial fue interpretada como indigestión, con el objetivo de ilustrar los riesgos de esta forma de error diagnóstico y su relación con la progresión hacia la complicación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se describe el caso de un varón de 33 años, con antecedente de asma bronquial sin tratamiento de mantenimiento y un ingreso un mes antes por gastroenteritis aguda con coprocultivo negativo. Consultó al servicio de urgencias por persistencia y empeoramiento de dolor abdominal asociado a vómitos, afebril, sin deposiciones diarreicas. Había sido valorado 7 horas antes en el mismo servicio, donde el cuadro fue interpretado como indigestión; en esa ocasión el hemograma y la tira reactiva de orina fueron normales, y tras la administración endovenosa de omeprazol y metoclopramida presentó alivio parcial y fue dado de alta. Tras llegar a su domicilio, el dolor persistió, localizado predominantemente en hipogastrio y fosa ilíaca derecha, con vómitos y escasa tolerancia oral, por lo que regresó a consultar.

RESULTADOS

Al examen físico el paciente presentaba facies de dolor, presión arterial de 120/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto, temperatura de 37,1 °C, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno de 92 %. El abdomen era blando, depresible, con dolor a la palpación en hipogastrio y fosa ilíaca derecha, sin signos francos de irritación peritoneal, con dudosa defensa en fosa ilíaca derecha y ruidos hidroaéreos disminuidos. Se decidió mantener al paciente en observación con medidas generales, constatóndose la migración característica del dolor desde el epigastrio hacia la fosa ilíaca derecha, de tipo cólico continuo y con pérdida del apetito. En la reevaluación posterior se documentó dolor a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha, con signo de McBurney positivo,

Valsalva positivo, signo del psoas negativo y signo de Murphy negativo.

Los estudios de laboratorio mostraron leucocitosis de $17\,000/\text{mm}^3$ con desviación a la izquierda (2 % en cayados), con proteína C reactiva, ionograma y estudios de coagulación normales. La ecografía abdominal evidenció ganglios mesentéricos de aspecto reactivo, hallazgo inicialmente interpretado en probable relación con un cuadro de adenitis mesentérica, a valorar en el contexto clínico y analítico del paciente.

Fue evaluado por el servicio de cirugía y se decidió su preparación para tratamiento quirúrgico. El informe quirúrgico documentó un abdomen agudo a expensas de apendicitis gangrenosa perforada, diagnóstico confirmado por estudio anatomopatológico de la pieza. Se instauró tratamiento antibiótico con piperacilina-tazobactam por vía intravenosa, además de medidas generales y tratamiento sintomático. En el posoperatorio, el paciente evolucionó favorablemente, permaneciendo afebril, con buena tolerancia oral y adecuado control analgésico del dolor, por lo que se decidió el alta hospitalaria.

DISCUSIÓN

Este caso ilustra una secuencia clínica reconocida en la apendicitis aguda: una presentación inicial inespecífica —interpretada como indigestión y aliviada transitoriamente con antiemético e inhibidor de bomba de protones— seguida, horas más tarde, por la migración característica del dolor hacia la fosa ilíaca derecha y su progresión hasta la gangrena y la perforación. Esta secuencia es consistente con reportes que documentan cómo el dolor epigástrico inicial de la apendicitis aguda puede confundirse con cuadros dispépticos o gástricos, retrasando el reconocimiento del proceso apendicular subyacente (12).

La reconsulta del paciente tras un alta inicial con alivio sintomático parcial es un dato clínico relevante: el propio curso natural de la enfermedad, con progresión desde la obstrucción luminal inicial hasta la isquemia, la necrosis y finalmente la perforación de la pared apendicular, explica por qué el alivio transitorio con analgésicos o antiespasmódicos no debe interpretarse como resolución del cuadro cuando persisten factores de riesgo clínico (1).

En este caso se utilizó una escala de puntuación cuyo resultado orientó la sospecha diagnóstica; cabe señalar que las escalas de predicción diagnóstica de apendicitis

muestran un desempeño distinto según se apliquen en población pediátrica o adulta, y que las escalas específicamente validadas en adultos —como Alvarado, AIR, RIPASA o MASS— son las recomendadas para esta población, en lugar de escalas diseñadas originalmente para niños (5,6,7).

El hallazgo ecográfico de ganglios mesentéricos reactivos, inicialmente valorado en el contexto de una probable adenitis mesentérica, ejemplifica la dificultad diagnóstica que puede plantear la ecografía abdominal cuando los hallazgos son inespecíficos, lo que subraya la importancia de interpretar cualquier estudio de imagen en conjunto con la evolución clínica y no de forma aislada (8,9).

El tratamiento instaurado —apendicectomía con antibióticoterapia con piperacilina-tazobactam— es concordante con el manejo recomendado para la apendicitis complicada, en la que la cobertura antibiótica dirigida a la flora entérica mixta constituye un componente central del tratamiento perioperatorio, aunque la duración óptima del esquema posoperatorio continúa siendo objeto de revisión en la literatura quirúrgica reciente (10,11).

La evolución favorable de este paciente, pese al retraso diagnóstico inicial y a la confirmación intraoperatoria de gangrena y perforación, contrasta con las tendencias de mortalidad por apendicitis descritas en series poblacionales recientes, que si bien muestran una reducción sostenida en las últimas décadas, continúan documentando disparidades regionales y demográficas relevantes en el desenlace de esta enfermedad (13,14).

Este reporte tiene las limitaciones inherentes a la descripción de un caso único, que no permite establecer conclusiones generalizables sobre la frecuencia del error diagnóstico inicial de indigestión en pacientes con apendicitis aguda en el contexto local. El manejo conservador de la apendicitis, explorado en poblaciones específicas como los adultos mayores, no resultaba aplicable a este paciente, en quien la confirmación intraoperatoria de gangrena y perforación hacía de la apendicectomía la única conducta terapéutica razonable (15). En conclusión, este caso resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha de apendicitis aguda ante dolor abdominal persistente pese al alivio sintomático inicial, y de reevaluar activamente a todo paciente que reconsulta por el mismo motivo, dado que el retraso diagnóstico continúa siendo el principal factor asociado a la progresión hacia la gangrena, la perforación y sus complicaciones.

REFERENCIAS

1. Andersson RE, Hugander A, Thulin JG. Diagnostic accuracy and perforation rate in appendicitis: association with age and sex of the patient and with appendectomy rate. *Eur J Surg.* 1992;158:37-41.
2. Buie EM, Coward S, Buie MJ, Hracs L, King JA, Wilson LM, et al. Global Incidence of Appendectomy: A Population-Based Study of the Organisation for Economic Co-operation and Development. *Ann Surg Open.* 2026. <https://doi.org/10.1097/AS9.0000000000000680>
3. Kailasia Y, Jain S, Garg A. Epidemiological profile and risk factors of acute appendicitis in India. *Bioinformation.* 2026. <https://doi.org/10.6026/973206300222376>
4. Pogorelić Z, Babić V, Bašković M, Ercegović V, Mrklić I. Management and Incidence of *Enterobius vermicularis* Infestation in Appendectomy Specimens: A Cross-Sectional Study of 6359 Appendectomies. *J Clin Med.* 2024;13(11):3198. <https://doi.org/10.3390/jcm13113198>
5. Mashhour Al Hababbeh S, Abukaff AA, Ibrahim Al-Arman A, Ayyad R, Hisham Khamash A, Ahmad Obeidat T, et al. Accuracy of the Alvarado Score in Diagnosing Appendicitis Among Children Versus Adults. *Cureus.* 2026. <https://doi.org/10.7759/cureus.107159>
6. Kandabas MO, Ergin M, Ozensoy HS, Guru S, Celik MN, Donmez M, et al. Comparison of the diagnostic values of MASS, RIPASA, AIR, and AAS scores in adult patients presenting to the emergency department with suspected appendicitis. *BMC Emerg Med.* 2026. <https://doi.org/10.1186/s12873-026-01545-4>
7. Shemes A, Elgharib AA, Elghrieb A, Shetiwy M, Aziz MA, Elzeftawy S. Evaluation of the predictive value of scoring systems in diagnosis of acute appendicitis: a comparative prospective study. *Langenbecks Arch Surg.* 2026. <https://doi.org/10.1007/s00423-026-03976-w>
8. Dutta S, Dey O, Midya S. Imaging in Acute Abdominal Emergencies: A Narrative Review of Surgical Decision-Making and Outcomes. *Cureus.* 2025. <https://doi.org/10.7759/cureus.95554>
9. Qarnayn A, Aljadaan S, Alaqeel S, Alshehri F, Algosear A, Alharthi W, et al. Evaluating the Diagnostic Accuracy of Ultrasound and Clinical Predictors in Pediatric Acute Tip Appendicitis: A retrospective study from a tertiary center in Saudi Arabia. 2026.
10. Sartelli M, Palmieri M, Labricciosa FM. Antibiotics for Intra-Abdominal Infections: When, Which, How and How Long? *Antibiotics (Basel).* 2025;14(11):1127. <https://doi.org/10.3390/antibiotics14111127>
11. Shinwari H, Ewalds-Kvist BM, El Boghdady M. Postoperative antibiotic strategies in acute complicated appendicitis: a systematic review. *Updates Surg.* 2025. <https://doi.org/10.1007/s13304-025-02327-6>
12. Bhati S, Sharma S, Abdulle F, Javed SM. Epigastric Pain Caused by Left Upper Quadrant Acute Appendicitis in the Setting of Undiagnosed Intestinal Malrotation. *Cureus.* 2026. <https://doi.org/10.7759/cureus.102446>
13. Nabi R, Rath S, Ahmad Chaudhry SA, Rajpar NA, Ain Munir Abbasi SU, Zahid T, et al. Trends and Disparities in Appendicitis-Related Mortality Across U.S. Demographics and Regions: A 22-Year CDC WONDER Database Study. *World J Surg.* 2025. <https://doi.org/10.1002/wjs.70023>
14. Li H, Wang D, Peng Y, Cai R, Gao Y, Zhou B, et al. Appendicitis burden in Africa, 2010-2023: temporal trends, pandemic-era deviations, and projections to 2030. *Trop Med Health.* 2026. <https://doi.org/10.1186/s41182-026-00990-y>
15. Aslan F, Binici S, Beger B, Beger O, Bozkurt HA, Oner MO, et al. Acute appendicitis in geriatric population: a clinical and prognostic comparison of surgical intervention and conservative management. *BMC Geriatr.* 2026. <https://doi.org/10.1186/s12877-026-07499-3>