

# “APENDICECTOMÍA EN PACIENTE CON SÍNDROME FACETARIO LUMBOSACRO.”

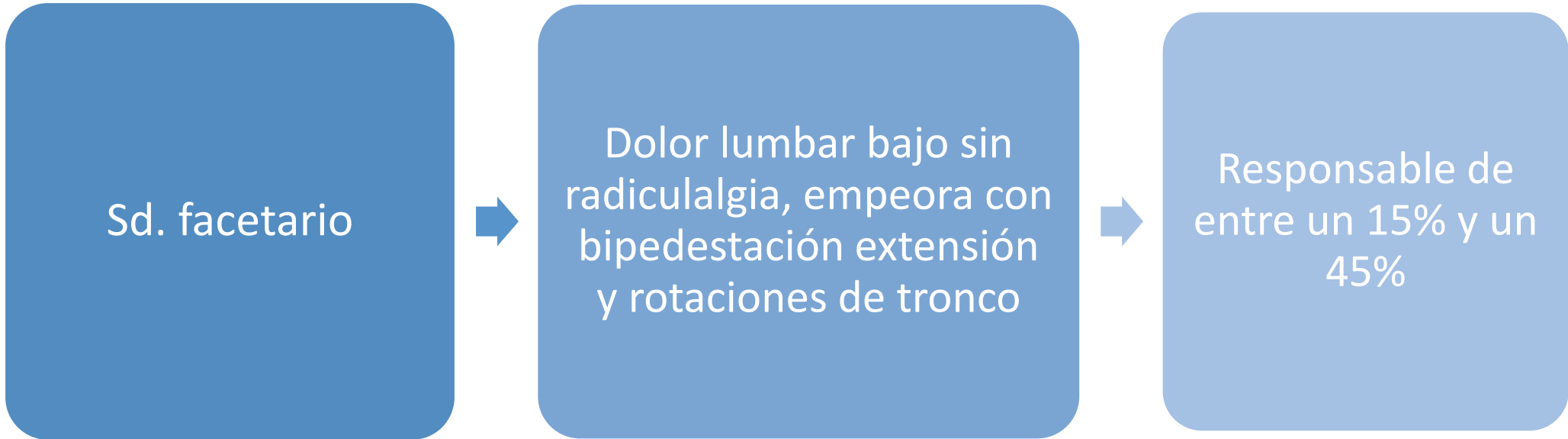
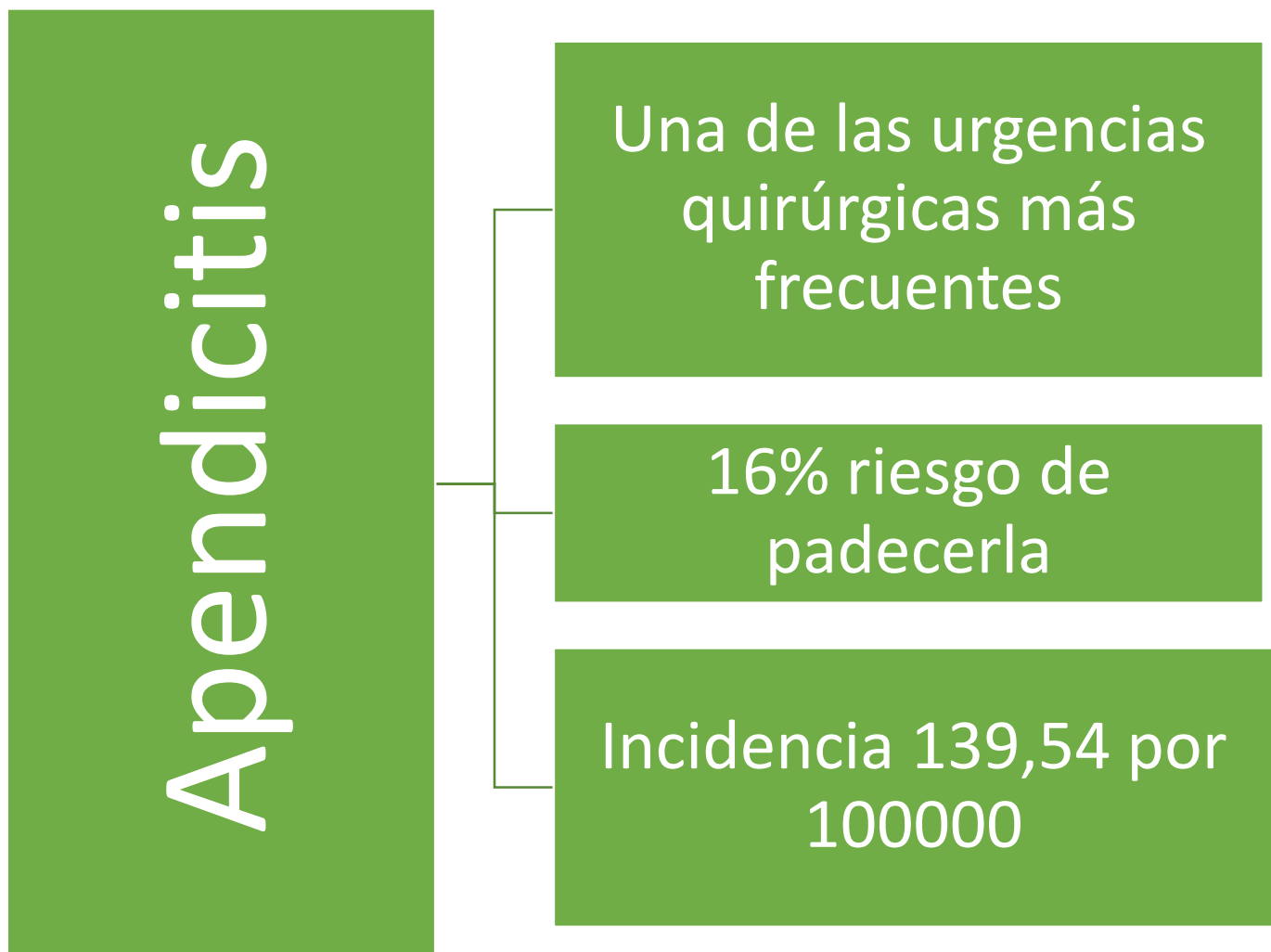
## A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

García García, M. A.; González Murillo, M.; De Uña Gallego, Z.; Sanz Ferrando, L.

### Introducción

La apendicitis aguda es una de las urgencias quirúrgicas más frecuentes en nuestro medio, el riesgo de presentarla es de un 16% con una incidencia de 139,54 por 100.000 habitantes. El dolor abdominal es el síntoma más frecuente, estando descritos otros como anorexia, náuseas, estreñimiento/diarrea y fiebre. El dolor es típicamente periumbilical y epigástrico, con posibilidad de migrar en 50 a 60% de los pacientes con apendicitis aguda. Esta migración del dolor puede condicionar un dolor lumbar bajo. La apendicectomía es el tratamiento habitual, aunque existen casos de “apendicectomía en blanco o negativa”: casos en los que finalmente el apéndice no se encuentra afectado (entre un 10-20% de las apendicectomías).

El síndrome facetario lumbar es una de las muchas causas de dolor lumbar bajo, siendo responsable de entre un 15% y un 45% de los casos. Cursa como dolor lumbar sin radiculalgia, empeora con bipedestación, extensión lumbar y rotación axial. El diagnóstico diferencial del síndrome facetario engloba diferentes patologías, entre las que podemos incluir patología intraabdominal y visceral.

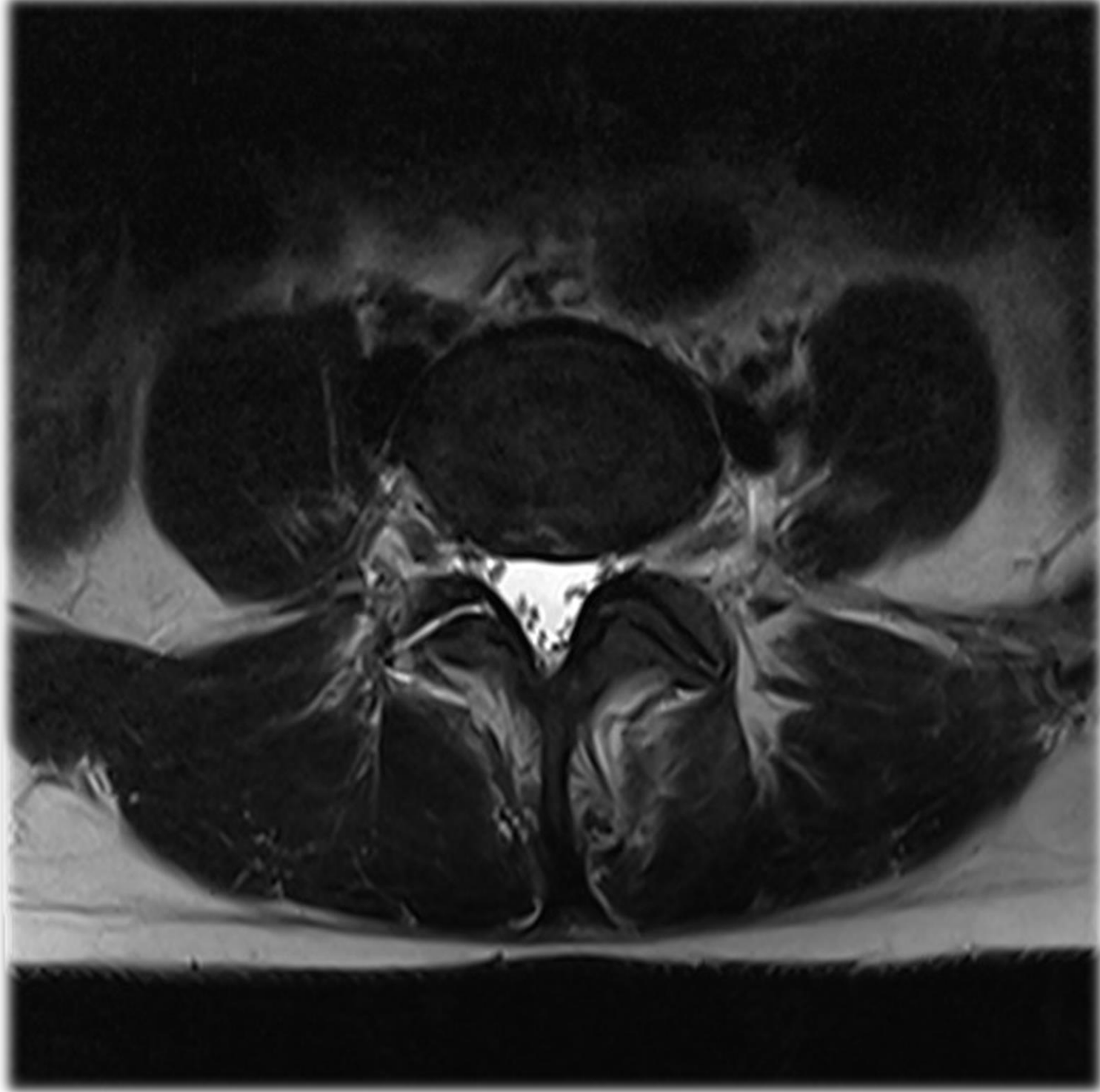
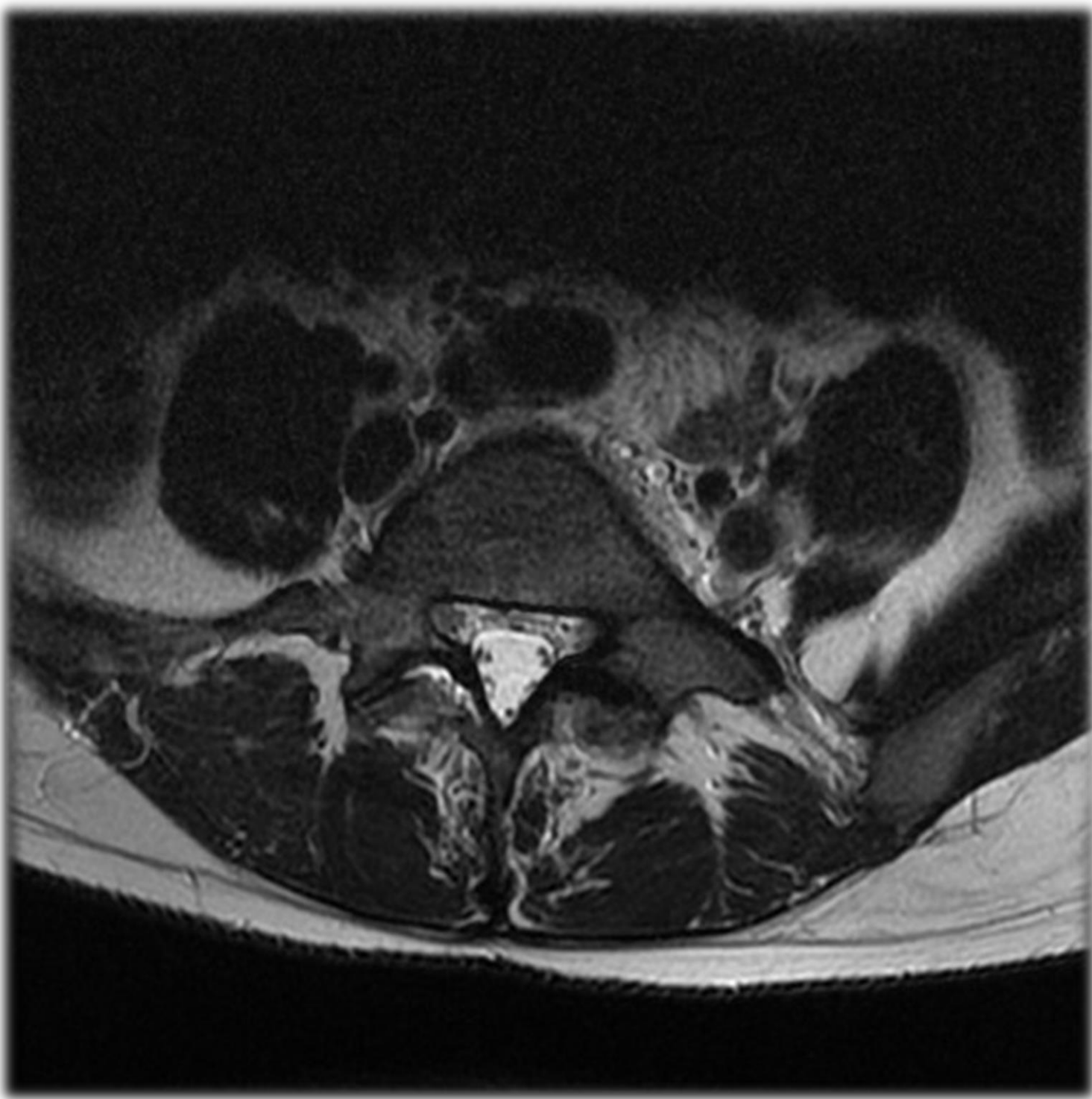


### Objetivo

Descripción de un caso clínico de dolor lumbar y paravertebral derecho, diagnosticado y tratado como sospecha de apendicitis aguda. Tras la apendicectomía "en blanco", presenta dolor persistente. El dolor se resuelve tras infiltración facetaria lumbar.

### Material y método

Paciente de 33 años que acude a urgencias con dolor lumbar y paravertebral derecho. Tras estudio analítico y ecografía abdominal se determina discreto engrosamiento del apéndice y se decide apendicectomía urgente ante la sospecha de apendicitis aguda. En la cirugía y estudio anatomopatológico se objetiva que no existe afectación inflamatoria / infecciosa del apéndice. Ante el cuadro de persistencia la paciente acude a consultas de unidad de columna para valoración y tratamiento. Se objetiva probable síndrome facetario lumbosacro.



### Resultados

Se realiza bloqueo facetario lumbosacro. La paciente presenta mejoría completa del dolor lumbar. Durante el seguimiento de un año no ha presentado empeoramiento de la clínica.

### Conclusiones

El dolor lumbar bajo es una patología con muchas etiologías posibles, y con una clínica variada que puede incluir molestias abdominales entre otras, por lo que un diagnóstico preciso es importante a la hora de tratar la causa.

### Bibliografía

1. Perolat R, Kastler A, Nicot B, Pellat JM, Tahon F, Attie A, Heck O, Boubagra K, Grand S, Krainik A. Facet joint syndrome: from diagnosis to interventional management. Insights Imaging. 2018 Oct;9(5):773-789. doi: 10.1007/s13244-018-0638-x. Epub 2018 Aug 8. PMID: 30090998; PMCID: PMC6206372.
2. Piraccini E, Calli M, Corso RM, Byrne H, Maitan S. Abdominal and pelvic pain: an uncommon sign in lumbar facet joint syndrome. Minerva Anesthesiol. 2017 Jan;83(1):104-105. doi: 10.23736/S0375-9393.16.11424-5. Epub 2016 Jul 26. PMID: 27456148.
3. Beresford ZM, Kendall RW, Willick SE. Lumbar facet syndromes. Curr Sports Med Rep. 2010 Jan-Feb;9(1):50-6. doi: 10.1249/JSR.0b013e3181caba05. PMID: 20071922.
4. Snyder MJ, Guthrie M, Cagle S. Acute Appendicitis: Efficient Diagnosis and Management. Am Fam Physician. 2018 Jul 1;98(1):25-33. PMID: 30215950.