Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):9

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1820 - ABSCESO SUBFRÉNICO. CÓDIGO SEPSIS EN AP

B.R. Hernández Hernández[a], V. Egorova Egorova[b], A. Artuñedo González[a] y N. Mingarro Lago[c]

[a]Médico de Familia; [b]Médico Residente de Medicina de Familia; [c]Enfermero de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nova Lloreda. Badalona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 77 años de edad con APP de HTA, hipercolesterolemia, hiperuricemia. No hábitos tóxicos. No alergias conocidas. Acude a consulta por dolor lumbar derecho, de 2 días de evolución, no mejora con tratamiento de urgencias, al examen físico en consulta de primaria MVC, no estertores dolor a la palpación de la zona lumbar y PPRU anterior superior derecho, afebril. Solicitamos ecografía urgente al hospital de referencia, no contamos con ecógrafo en ABS. Empeora la clínica dolorosa, por lo que acude a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: T/A: 99 mmHg/45 mmHg, pulsos 100 por min, temperatura axilar 35,6 ^{o}C. Buen aspecto general. Consciente y orientado, palidez cutáneo-mucosa y sudoración. PPULD +++. Rx de tórax sin imagen de condensación. Hemograma: leucocitosis 14,67 × 10^3/ul, neutrófilos 98,6%, lactato 3,69, TAC abdominal: colección subfrénica derecha de aproximadamente 10 × 7 cm. Nódulo suprarrenal derecho.

Juicio clínico: Se trata de un paciente con criterios clínicos de sepsis, se activa el Código Sepsis y se traslada al paciente hemodinámicamente estable para tratamiento y evacuación del absceso.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia aguda. Colescistitis. Diverticulitis. Pielonefritis.

Comentario final: Se le realiza punción con ecografía guiada del absceso drenando liquido turbio-purulento 170 cc, el cultivo del mismo se aísla *E. coli* sensible a amoxicilina con buena respuesta a la antibioticoterapia, de causa desconocida. Este caso revela la importancia de un diagnóstico diferencial precoz, complementado con la utilización de pruebas complementarias (en este caso la ecografía no accesibles en toda atención primaria, para aumentar la capacidad de resolución de los profesionales y evitar demoras en los problemas de salud.

Bibliografía

1. García-Caballero M. Peritonitis localizada. Absceso subfrénico. Málaga, 2008.
2. Suárez ME. Infecciones intrabdominales: peritonitis y abscesos. MEDICRIT. 2004;1:169-70.
3. Rahimiam J, Wilson T, Oram V, Holzman RS. Pyogenic Liver Abscess. Recent Trends in etiology and mortality Clin Infect Dis. 2004;39:1654-9.
4. Manual de Merck, 10ª ed.
5. Wing-Chiu NG, Wing-Hong LI, Moon-Tong C. Audit of Management of pyogenic liver abscess in

a terciary referral hospital. Surgical Practice. 2008;12:7-10.
6. Seeto RK, Rockey DC. Pyogenic liver abscess. Medicine (Baltimore). 1996;75:99-113.
7. Lodhi S, Sarwari AR, Muzammil M, Salam A, Smego RA. Features distinguishing amoebic from pyogenic liver abscess: a review of 577 adult cases. Trop Med Int Health. 2004;9:718-23.
8. Defelito JR, Cosoli A. Abscesos hepáticos Programa de Actualización en Cirugía (PROACI). Madrid: Editorial Panamericana, 2001:141-15E.
9. Saad J, Perissant A. Cirugía Video asistida y percutánea para cirujanos generales. Buenos Aires: Prensa Medica Argentina, 2004:339-49.

Palabras clave: *Absceso. Subfrénico. Sepsis.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.