Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2696

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/3668 - CÓMO EL SEGUIMIENTO LONGITUDINAL DEL PACIENTE PUEDE MODIFICAR EL ENFOQUE CLÍNICO

A. Arcega Baraza[a], J. Cabañas Morafraile[b], N. Dorado Peñalver[c], M. Muñoz Martín[d], M. Palomo Reyes[e] e I. Jiménez Velasco[e]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Santa María de Benquerencia. Toledo. [b]Médico de Familia. Centro de Salud de Burguillos. Toledo. [c]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benquerencia. Toledo. [d]Médico de Familia. Centro de Salud de Olías del Rey. Toledo. [e]Médico de Urgencias. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 77 años, con antecedentes de epilepsia focal temporal izquierda controlada con tratamiento, acude al centro de salud por presentar desde hace 1 mes dolor en FID, que empeora con los movimientos, no irradia, es intermitente, no asocia náuseas ni vómitos, sólo 2 deposiciones en los últimos 15 días. Niega síndrome constitucional y clínica miccional. Ayer fiebre de 38,8 ºC. La exploración física es anodina salvo el dolor en FID a la palpación superficial y profunda y una masa fluctuante. Tenía analítica de hace 2 meses con HB 11,7, siendo el mes anterior de 16. Ante la sospecha de foco infeccioso de localización abdominal, sin poder descartar proceso tumoral de origen, dada la anamnesis y anemización, derivamos a Urgencias del Hospital.

Exploración y pruebas complementarias: En Urgencias se corrobora la anamnesis y la EF, presentando TA 140/91, temperatura 36,2 ºC, saturación de oxígeno 95 y FC 107. Dolor a la palpación en FID, donde se palpa masa fluctuante, sin signos de irritación peritoneal. Solicitan analítica presentando 18.600 leucocitos (85% neutrófilos), HB 10,9, Hto 34, VCM 72, y elevación de reactantes de fase aguda. La radiografía de tórax es normal, pero en la de abdomen se observa borramiento de línea de psoas izquierdo. Por ello, se realiza TC abdominal donde se observa un engrosamiento parietal en colon ascendente, con perforación del mismo y colección asociada.

Juicio clínico: Ca de colon ascendente perforado, con absceso asociado.

Diagnóstico diferencial: Se trata de un paciente con una infección abdominal. La mayoría son primarias; sin embargo, nuestro caso, tras anamnesis y pruebas complementarias, nos orienta que sea secundaria. Consideramos que el diagnóstico diferencial debería hacerse con sus probables etiologías (proceso infeccioso, neoplásico o isquémico).

Comentario final: Se reafirma la gran importancia de una buena exploración física completa ante un dolor abdominal; así como el conocimiento médico y ojo clínico para saber cuándo derivar a los pacientes.

Bibliografía

1. Michowitz M, Avnieli D, Lazarovici I, Solowiejczyk M. Perforation complicating carcinoma of colon. J Surg Oncol. 1982;19(1):18-21.

Palabras clave: Anemia. Dolor en FID. Fiebre.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.