Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):3214

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/3153 - EL VALOR DE LOS SIGNOS DE ALARMA Y LA EVOLUCIÓN AL VALORAR UN PROCESO

C. San José Fresco[a], M. Tobalina Segura[a], I. Rivera Panizo[b], D. Martínez Revuelta[c], A. Ruíz Urrutia[d] y J. Bustamante Odriozola[e]

[a]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. [c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. [e]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro-Isabel II. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años que acude a su MAP por dolor abdominal generalizado de 6h de evolución, sin náuseas, ni vómitos, ni diarrea. No alteraciones de tránsito. No pérdida de apetito. Afebril. No otra clínica. Antecedentes personales: Trastorno ansioso-depresivo, Hernia umbilical no complicada. Sin tratamiento habitual. No intervenciones quirúrgicas abdominales previas. Dadas las características del cuadro se indica tratamiento conservador y vigilancia domiciliaria, explicando signos de alarma ante los cuales volver a acudir. A las 24h del inicio del cuadro el paciente decide volver a consultar, en este caso al SUAP dado el horario, por aumento del dolor abdominal, en este momento localizado en fosa iliaca derecha, junto con inicio de náuseas y aumento del malestar general. Dada la evolución, y una exploración en la que destaca dolor muy localizado en FID y Blumberg positivo, se decide derivar al servicio de urgencias hospitalario.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general. Auscultación cardio-pulmonar: rítmica sin soplos, buena ventilación bilateral. Abdomen: globuloso, blando, depresible, hernia umbilical no complicada, dolor en FID a la palpación, Murphy negativo, Blumberg +++. Extremidades: no edemas. Analíticamente destaca PCR 6,8 mg/dL y leucocitos 13.200/µL (segmentados 11.350/µL). Se solicita ecografía abdominal, el servicio de radiología decide completar estudio con TAC que se informa como apendicitis aguda.

Juicio clínico: Apendicitis aguda.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis, colangitis, colecistitis aguda, cólico biliar, pancreatitis aguda, complicación de hernia umbilical, apendicitis aguda.

Comentario final: La causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico es apendicitis aguda. Su diagnóstico se basó en la clínica hasta hace 20 años, pasando al empleo de pruebas de imagen en la actualidad. Valorando criterios clínicos el índice de apendicectomías en blanco alcanza el 15-20%. Una alternativa es dejar evolucionar unas horas y realizar reevaluación del proceso, teniendo presente el riesgo de complicaciones. Estaría indicada la ecografía como menos agresiva desde el

punto de vista de radiación, y ante resultados negativos o no visualización del apéndice realizar TAC.

Bibliografía

1. Fernández Lobato R. Pruebas de imagen y apendicitis aguda: importancia para la calidad asistencial. Revista de Calidad Asistencial. 2010;25:183-5.

Palabras clave: Apendicitis. Evolución. Prueba de imagen.

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