Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):3144

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/2178 - GONALGIA DE CIENCIA FICCIÓN

C. Quirós Alcalá[a], J. López Martínez[b], M. Cardeñosa Cortés[c], M. Perea Casado[d], J. Palacios Espichán[e] y F. Beddar Chaib[f]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Espronceda. Madrid. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espronceda. Madrid. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Las Águilas. Madrid. [d]Médico de Familia. Centro de Salud General Fanjul. Madrid. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Águilas. Madrid. [f]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Águilas. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 35 años, obesa, sin antecedentes personales de interés, que acude al Centro de Salud por gonalgia derecha irradiada a región inguinal, de inicio súbito hace 24 horas, sin traumatismo ni sobreesfuerzo y que le impide la deambulación. Niega cualquier otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Tª 37,8 ºC, TA 107/72 mmHg, FC 67 lpm. Normohidratada, normocoloreada y eupnéica. Miembro inferior derecho: Rodilla no dolorosa a la palpación, peloteo, cepillo y maniobras meniscales negativas. Estable en varo y valgo. Cajón anterior y posterior negativos. Fuerza y neurovascular distal conservados. No aumento de volumen, hematoma ni deformidad, no signos de trombosis venosa profunda. Dolor a la palpación en región inguinal derecha y a las rotaciones de cadera. No dolor en trocánter e isquion. Limitación funcional. Abdomen: globuloso, depresible, doloroso a la palpación en fosa ilíaca derecha e hipogastrio, Blumberg positivo. No masas ni megalias. Se deriva a urgencias hospitalarias por sospecha de apendicitis aguda, donde se realizan radiografías de rodilla y cadera derecha sin alteraciones, analítica de sangre con elevación de reactantes de fase aguda y ecografía abdominal, con diagnóstico de apendicitis aguda incipiente.

Juicio clínico: Apendicitis aguda.

Diagnóstico diferencial: Artritis, tendinitis, meniscopatía, trocanteritis, hernia inguinal, tromboflebitis.

Comentario final: La subjetividad de los síntomas, la falta de tiempo en la consulta por la elevada presión asistencial y, en ocasiones, las dificultades en la comunicación con los pacientes, pueden enmascarar signos típicos de patologías potencialmente graves. Por ello, una historia clínica adecuada y una exploración física amplia en Atención Primaria son fundamentales para determinar la etiología de la patología y la necesidad de solicitar pruebas complementarias o valoración por otros especialistas.

Bibliografía

1. Jackson JL, O&#39Malley PG, Kroenke K. Evaluation of acute knee pain in primary care. Ann Intern Med. 2003;139(7):575-88.
2. Gómez Moreno R, Jiménez Vaquero I, Monge Ropero N, González García S. Importancia de la Atención Primaria en el diagnóstico precoz dela apendicitis aguda y su repercusión en la población de Segovia. Aproximación a dicha patología. Aten Primaria. 2001;28(9):620.
3. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid; 2012.

Palabras clave: Apendicitis. Examen físico. Atención Primaria.

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