Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):3286

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/4409 - ¡QUE LOS ÁRBOLES NO TE IMPIDAN VER EL BOSQUE!

A. Morcillo Márquez[a], C. Bernabeu Cifuentes[b], M. Peña Gragera[c], F. Mora Monago[d], M. Martin Chamorro[e] y J. Soto Olivera[f]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. [c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. [d]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. [e]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. [f]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 42 años, consulta en atención primaria por dolor hipogástrico con irradiación hacia ambas fosas ilíacas, de cinco días de evolución, coincidiendo con el inicio de la menstruación. Menstruaciones irregulares controlada con anticonceptivos orales, con amenorrea de tres meses (normal en ella). No fiebre. No náuseas ni vómitos. Niega posibilidad de embarazo. Tras exploración, orienta hacia el diagnóstico de apendicitis. Se deriva a Urgencias Hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, bien hidratada y perfundida, eupneica. AC: rítmico. AP: murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación de hipogastrio y ambas fosas iliacas, siendo más acentuada en fosa derecha. Blumberg positivo. Murphy y Rovsing negativo. RHA presentes. Hemograma: hemoglobina 7,5, volumen corpuscular medio 64,3, leucocitos 13,8, neutrófilos 79.000, plaquetas 483.000. Coagulación: fibrinógeno 860. Bioquímica: función hepatorenal conservada. Orina: > 100 hematíes. Beta HCG: positivo. Ecografía abdominal: no hay líquido intraabdominal libre, útero ligeramente aumentado de grosor sin visualizar saco gestacional, ovario derecho, izquierdo y apéndice sin alteraciones. Se deriva a Ginecología: especuloscopia, sangrado como una regla. Ecografía transvaginal: útero con línea endometrial heterogénea en la que se visualiza saco gestacional colapsado (6 semanas de amenorrea) con vesícula vitelina, cercano a OCI. Aborto incompleto. Tras dos días de ingreso se realiza especuloscopia en la que se extrae saco gestacional completo situado en vagina. Hemograma postransfusional 10,2, ecografía tras aborto: útero en ante, vacío y regular, endometrio de 8-10 mm, mioma intramural, ambos ovarios normales, no líquido libre.

Juicio clínico: Aborto Espontáneo del 1er trimestre.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis, cólico renoureteral, diverticulitis aguda, hemoperitoneo, obstrucción intestinal, infección urinaria, rotura tubárica, embarazo ectópico.

Comentario final: Tras ser evaluada en ginecología, se decide ingreso. Se realiza transfusión sanguínea y tras última especuloscopia, se extrae saco gestacional completo. Tras estabilidad de la

paciente y normalidad de su estado de salud se decide alta hospitalaria. Queda de manifiesto la importancia de una buena historia clínica, independientemente de su evaluación por otro personal sanitario. Ya que, en ocasiones, se cometen errores en los pacientes derivados, en los cuales nos centramos en el motivo de la derivación sin hacer una buena exploración sistemática.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.

Palabras clave: Abdomen agudo. Apendicitis. Patología ovárica y endometrial.

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