



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/137 - DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA (FID): UN SÍNTOMA FRECUENTE, UN DIAGNÓSTICO DIFERENTE

M. Esles Bolado¹, O. Casanueva Soler², M. Alonso Santiago³, P. López Alonso Abaitua⁴, L. Salag Rubio⁵, R. Maye Soroa³, M. Cobo Rossell⁶, L. Rodríguez Vélez⁷, D. San José de la Fuente⁸, A. Valdor Cerro⁹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina Interna Hospital Sierrallana. Torrelavega, ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega, ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega, ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega, ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega, ⁶Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de la Sal. Torrelavega, ⁷Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander, ⁸Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Torrelavega, ⁹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Sierrallana. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 74 años, que acude a urgencias por dolor abdominal de inicio insidioso de 12 horas de evolución, localizado de forma difusa en todo el abdomen. Se trata de un dolor continuo, no irradiado, que no cede con analgesia habitual, y que posteriormente se localiza en FID. Paralelamente refiere estreñimiento, sin náuseas ni vómitos, ni clínica urológica. Tampoco presenta fiebre ni otras manifestaciones acompañantes. Entre sus antecedentes, solo destaca una prostatectomía por hipertrofia benigna de próstata.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: consciente y orientado, afebril, con aumento de tensión arterial (170/80 mmHg); normocoloreado, normohidratado y normoperfundido; cabeza y cuello sin signos patológicos; auscultación cardiopulmonar: rítmico y sin soplos, murmullo vesicular conservado; abdomen blando y depresible, no se palpan masas ni megalias, doloroso a la palpación en FID e hipogastrio, con percusión timpánica y ruidos hidroaéreos positivos; extremidades inferiores sin signos de trombosis venosa profunda, con pulsos pedios presentes y simétricos. Hemograma, coagulación y bioquímica normales salvo creatinina 1,2 mg/dl. Ecografía de abdomen: se observa edema segmentario de asa de íleon preterminal, con imagen lineal radiocálcica de localización transmural, compatible con cuerpo extraño; además se observa borramiento de la grasa del mesenterio, pero no se evidencian signos radiológicos de neumoperitoneo y no se aprecia líquido libre intraabdominal. Laparoscopia exploradora: extracción de dos cuerpos extraños (espinas de pescado) bajo anestesia general.

Juicio clínico: Cuerpo extraño (espinas de pescado) enclavado en íleon pre-terminal.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis. Gastroenteritis. Enfermedad inflamatoria intestinal. Obstrucción. Perforación. Isquemia intestinal.

Comentario final: La ingestión de cuerpos extraños (CE) constituye un importante problema de salud, tanto por su frecuencia, como por su morbilidad e incluso potencial mortalidad, siendo los niños la población más afectada (80% del total). Entre los adultos, la incidencia es mayor en determinados colectivos, incluyendo personas con retraso mental, alteraciones psiquiátricas y reclusos. Una característica común en estas

poblaciones es el carácter intencionado de la ingestión. No obstante, la ingesta involuntaria es la más frecuente, especialmente en el anciano. Algunas circunstancias, como la mala dentición o una inadecuada masticación de los alimentos constituyen claros factores de riesgo. Las prótesis dentarias no consiguen suplir a la dentadura propia, comprometiendo la sensibilidad táctil discriminativa de la cavidad bucal. La mala visión constituye otro factor añadido, que a menudo coexiste en estas personas. En cuanto a la morbilidad causada por la ingestión de CE, es importante, aunque no se dispone de datos fiables en nuestro medio. Globalmente, es cierto que el 80-90% de los CE ingeridos atravesarán todo el tubo digestivo y serán expulsados por vía rectal sin producir ningún problema. No obstante, cuando el CE posee capacidad lesiva, por sus características (objetos punzantes, cortantes, de gran tamaño) o contenido, la situación es distinta, pudiendo aparecer complicaciones inherentes al cuerpo extraño, en sí mismo, o a las maniobras para su extracción. Por lo tanto, la presencia de un cuerpo extraño en el tubo digestivo nunca es una circunstancia banal y su gravedad potencial debe ser justamente ponderada.

Bibliografía

Pfau PR, Ginsberg GG. Cuerpos extraños y bezoares. En: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ. Enfermedades Digestivas y Hepáticas, Fisiopatología, Diagnóstico y Tratamiento, 8.^a ed. Madrid: Elsevier; 2008; p. 499-513.

Elisen GM, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JL, Johanson JF, et al. Guidelines for the management of ingested foreign bodies. *Gastrointest Endosc.* 2002;55(7):802-6.