



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

## 423/34 - ABDOMEN AGUDO, A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Quiroz Flores<sup>1</sup>, D. Santana Castillo<sup>2</sup>, A. Mateo Acuña<sup>3</sup>, L. Díaz González<sup>4</sup>, P. López Tens<sup>5</sup>, R. Echevarría San Sebastián<sup>6</sup>, F. Balduvino Gallo.<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoLino. Castro-Urdiales, <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Urgencias del Hospital comarcal de Laredo. Cantabria. <sup>3</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud CotoLino. Castro Urdiales, Cantabria. <sup>4</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria 3. Centro de Salud Laredo. Cantabria. <sup>5</sup>Médico Familiar. Adjunto del servicio de Urgencias HUMV. Santander. Cantabria. <sup>6</sup>Médico Familiar. Adjunto del Servicio de Urgencias del Hospital de Laredo. Cantabria. <sup>7</sup>Residente de 1<sup>er</sup> año MFyC, Centro de Salud Santoña, Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 73 años, acude a consulta del centro de salud por clínica miccional, el paciente presentaba antecedentes de ITUs recurrentes alguna complicada con litiasis y microorganismos resistentes a cefalosporina de primera y segunda generación y sepsis urinaria por Pseudomonas. Se realiza labstix que resulta positivo, se inicia tratamiento empírico con ciprofloxacino y cultivo posterior al tratamiento. Por la noche el paciente consulta en urgencias del centro de salud por comenzar con temperatura de 37,8 °C, malestar general y molestias a nivel hipogástrico. Se decide derivación a urgencias hospitalarias ante el empeoramiento y los antecedentes del paciente. Antecedentes patológicos: NAMC, Dependiente parcial para las ABVD, portador de sonda permanente, HTA, DM tipo 2, lumbalgias intermitentes, paraparesia espástica, enfermedad de Parkinson en seguimiento por NRL, ITUs de repetición, varios ingresos por ITUs complicadas que han necesitado ingreso en UCI. Tratamiento crónico: ácido acetilsalicílico 100 mg, omeprazol 20 mg, entacapona 200 mg/50 mg/100 mg, clonazepam 0,5 mg, carbidopa monohidrato 25 mg/100 mg de levodopa, atorvastatina 20 mg, metformina 850 mg, paracetamol 1 g, ropinirol 8 mg.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 110/60 mmHg. FC 100 lpm CyC: no se palpa adenopatías, no Iy, Tórax: ACP: rítmico sin soplo. MVC abdomen: blando, depresible y timpánico. Dolor a la palpación a nivel hipogástrico, RHA presentes. No se palpan masa, megalias, ni globo vesical EEII: no edemas ni signos de TVP. Analítica: leucocitosis con desviación izquierda. PCR: 30. Procalcitonina 0,24 Lactato: 22,5. Rx-Abdomen: dilatación de asas de intestino delgado TAC-abdominal: perforación por cuerpo extraño (espina de pescado) a nivel de Íleo pélvico, Neumoperitoneo.

**Juicio clínico:** Perforación intestinal por cuerpo extraño, neumoperitoneo.

**Diagnóstico diferencial:** Perforación intestinal. Obstrucción intestinal. Diverticulitis. Retención de orina, Infección de orina. Cáncer colorrectal.

**Comentario final:** El dolor abdominal agudo representa un gran desafío clínico por lo que debemos realizar un enfoque sistemático para establecer un diagnóstico precoz, ya que con frecuencia implica una intervención quirúrgica y la vía final común es la peritonitis que suele seguirse de shock y sepsis con cifras elevadas de mortalidad. En nuestro paciente fue necesario realizar una laparotomía urgente, con resección de intestino

delgado. Tras 10 días Ingresado con buena evolución en la planta de Cirugía, se decide el alta a domicilio y control ambulatorio Manteniéndose hasta el momento actual de presentar este caso clínico estable dentro de su situación basal.

## Bibliografía

Chereau N, Menegaux F. Dolor abdominal agudo no traumático. Tratado de medicina. 2018;22:1-11.

González F, et al. Dolor abdominal agudo en el adulto. Medicine. 2012;11:355-64.