



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

423/141 - ¿COMPLICACIÓN, CONCOMITANCIA, CUADRO DE NUEVA APARICIÓN O TODAS LAS ANTERIORES? LO MÁS SEGURO MÁS SEGURO ES QUE, ¿QUIÉN SABE?

A. Gómez Díaz¹, C. Ortega Condés², A. Cañigueral González³, M. López Cano⁴, M. Carretero Codina², G. Grau Gómez⁵, S. Julià Adroher⁶

¹G, ²Médico Adjunta. CAP Valldoreix. Sant Cugat del Vallés-Barcelona. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria CAP Valldoreix. Sant Cugat del Vallés-Barcelona. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria CAP Terrassa Sud. Terrassa-Barcelona. ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Hospital Universitario Mutua de Terrassa. Terrassa-Barcelona. ⁶Residente de Medicina Familiar y Comunitaria CAP Valldoreix. Terrassa-Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente con hernia inguinal directa derecha, pendiente de intervención quirúrgica, ya conocido por el servicio de cirugía. Acude a consulta por dolor abdominal inferior, con EVA 7-8, que se irradia a región genital, que refiere episodios diarreicos desde hace 5 meses con pérdida de aproximadamente 6 kilogramos. Actualmente niega fiebre, vómitos, diarrea, clínica urinaria o cualquier otro síntoma acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente con tendencia a la hipotensión y taquicardia, con palidez de piel y mucosas y, con mucosa oral seca. Se visualiza una gran hernia inguinal directa derecha, dolorosa a la palpación y que según el paciente ha aumentado de volumen durante los últimos días. A la palpación, superficial y profunda, presenta dolor de manera difusa en todo hemiabdomen inferior, que se acompaña de defensa muscular. No se evidencia lesiones superficiales ni cambios a nivel cutáneo. Dadas las características del cuadro, se decide derivar para valoración hospitalaria. A su llegada a urgencias hospitalarias, es valorado por el equipo de cirugía, que descarta hernia inguinal complicada, pero destaca irritación peritoneal y descompresión positiva. La analítica sanguínea muestra leucocitosis con proteína C reactiva (PCR) de 158 mg/L. Se solicita TC abdominal que describe diverticulitis aguda no complicada, pero tras nueva valoración se orienta definitivamente como diverticulitis aguda perforada. Se inicia tratamiento con tazocel y se cursa ingreso a planta de cirugía general. Se interviene quirúrgicamente al siguiente día de su ingreso, evidenciándose aparente neoformación perforada y se realiza sigmoidectomía abierta y se deja colostomía. Durante los días posteriores, el paciente, presenta evolución favorable, con tomografía abdominal de control sin evidencia de complicaciones. Se recibe resultado de anatomía patológica que descarta neoformación y se orienta definitivamente como diverticulitis perforada.

Juicio clínico: Se trata de un paciente con patología abdominal quirúrgica ya conocida, que acude por dolor abdominal en hemiabdomen inferior, tendencia a la inestabilidad hemodinámica y clínica compatible con origen abdominal del cuadro actual. Se deriva a urgencias hospitalarias. Tras valoración y pruebas complementarias urgentes para aclarar dudas, se precisa intervención quirúrgica. Consideramos adecuadas nuestras acciones dadas las condiciones de nuestro paciente.

Diagnóstico diferencial: Hernia inguinal derecha complicada. Diverticulitis aguda.

Comentario final: El presente caso nos lleva a varias conclusiones: primero, el hecho que visitemos un paciente con antecedentes de alguna alteración pendiente de seguimiento o intervención, no descarta que a la vez pueda presentar otra patología aguda relacionada o no con el cuadro que tiene pendiente, segundo, existen cuadros de difícil diagnóstico que precisa de pruebas complementarias, visualización y valoración directa e incluso experiencia del profesional para finalmente llegar a un diagnóstico definitivo del cual deriven nuestras medidas terapéuticas posteriores. Finalmente, una vez más, solo queda destacar que, sobre la salud de los pacientes, los equipos sanitarios nos damos soporte los unos a los otros, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, y debemos aprender a trabajar en conjunto con cordialidad y ánimo de colaborar, entendiendo las posibilidades y dificultades de cada uno en su ámbito.

Bibliografía

Matias Barbalace N. Manejo actual de la enfermedad diverticular aguda de colon. Revista Argentina de Coloproctología. 2017;28(2):181-91.