



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

## 423/70 - DE LA OBSERVACIÓN MÉDICA A LA EMERGENCIA

M. Pinilla de Torre<sup>1</sup>, M. Pinilla de Torre<sup>2</sup>, S. Álvarez López<sup>3</sup>, J. Monsalve de Torre<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla, <sup>2</sup>Residente Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, <sup>3</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomelloso II. Alcázar de San Juan, <sup>4</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes de Lara. Logroño.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 57 años que acudió al servicio de urgencias de atención primaria por dolor abdominal de tipo “retortijón” de 24 horas de evolución junto con deposiciones diarreicas sin sangre ni producto patológico. Refería náuseas, no vómitos. Poliuria sin disuria. Fiebre de hasta 38 °C. No otra sintomatología de interés.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria presentaba aceptable estado general con constantes en rango. Abdomen depresible doloroso a la palpación en fossa iliaca derecha con Blumberg positivo por lo que se derivó a Hospital de referencia para realización de pruebas complementarias. A su llegada al Hospital presentaba TA 120/80 mmHg. SatO2 al 98% sin aportes. Abdomen doloroso, depresible sin megalías con Blumberg positivo. En analítica destaca 16.890 leucocitos con 13.500 neutrófilos. PCR 160. Eco/TAC abdominal: en FID/pelvis derecha se observan cambios inflamatorios: aumento de grosor de pared de colon sigmoide e imagen compatible con divertículo con pared engrosada. Existía marcado aumento de grosor de la grasa adyacente con infiltración líquida de la misma. Eran hallazgos compatibles con diverticulitis aguda. No neumoperitoneo ni colección inflamatoria. El paciente fue valorado por cirugía general que refería que el paciente no requería intervención quirúrgica urgente en ese momento, indicando ingreso en observación con antibioterapia iv. Durante su ingreso, el paciente presentó evolución desfavorable con hipotensión y abdomen en tabla por lo que se realizó de nuevo TAC abdominal urgente donde se evidenció neumoperitoneo siendo el paciente intervenido de urgencia con posterior ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos donde presentó evolución favorable y siendo dado de alta con seguimiento por Aparato Digestivo y Médico de Atención Primaria.

**Juicio clínico:** Diverticulitis aguda, Neumoperitoneo.

**Diagnóstico diferencial:** Apendicitis, peritonitis, adenitis mesentérica, pielonefritis, úlcera péptica perforada, enfermedades ginecológicas, diverticulitis de Meckel, ileítes de Crohn, carcinoma.

**Comentario final:** Ante un abdomen agudo con Blumberg positivo debemos derivar a nuestro paciente a un hospital para realización de pruebas complementarias. A pesar de pruebas iniciales patológicas, pero sin necesidad de cirugía urgente, objetivamos como los pacientes deben quedar en función de las mismas ingresados en Urgencias, pues puede que la evolución sea desfavorable, como en el caso de nuestro paciente, y requerir cirugía urgente y tratamiento invasivo en UCI.

### Bibliografía

Acute colonic diverticulitis: Surgical management. Pemberton, J. UpToDate, 2018.

Clinical manifestations and diagnosis of acute diverticulitis in adults. Pemberton, J. UpToDate, 2018.

Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. Kendall. UpToDate, 2018.