



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

423/134 - EVOLUCIÓN DE UN ABDOMEN AGUDO. LAS PRUEBAS SON COMPLEMENTARIAS

J. Bustamante Odriozola¹, Á. Pérez Martín¹, D. Martínez Revuelta², J. Cepeda Blanco², N. Huarachi Berne¹, M. Maamar El Asri³, B. Gutiérrez Muñoz¹, A. Gutiérrez Pérez de Lis², A. Morán Caballero⁴, J. González Fernández⁵

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro, ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Camargo. Costa Maliaño. Cantabria. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Camargo. Cantabria. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. ⁵Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo. Reinosa. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 18 años que acudió a urgencias hace 24 horas por dolor abdominal en fosa iliaca derecha sin náuseas, vómitos ni fiebre. Se objetiva escala de Alvarado de 6 puntos y se realizó ecografía sin signos de apendicitis directos o indirectos y fue dada de alta a domicilio con tratamiento analgésico. Reacude por persistencia del cuadro de dolor de fosa iliaca derecha manteniéndose afebril y con refractariedad a tratamiento pautado de forma ambulatoria.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable. Afebril. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha con peritonismo. No se objetiva defensa. Blumberg positivo. Signo de Rovsing positivo. Signos de psoas positivo. Analítica con desaparición de leucocitosis respecto a día previo. Escala de Alvarado: 5 puntos. A pesar de tener una ecografía que no revela signos de apendicitis aguda y no se ve el apéndice, la paciente continúa sin mostrar mejoría con analgesia endovenosa por lo que se realiza interconsulta con ginecología que descarta patología. Se realiza nueva interconsulta con cirugía general y la exploración es compatible con una apendicitis aguda por lo que se realiza laparotomía exploratoria donde se objetivó apendicitis aguda flemonosa.

Juicio clínico: Apendicitis aguda flemonosa.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda vs adenitis mesentérica vs diverticulitis vs enfermedad inflamatoria intestinal vs nefrolitiasis.

Comentario final: El dolor abdominal es un motivo frecuente de consulta y si bien es cierto que dependiendo de la localización del dolor el diagnóstico, tanto el diferencial como el etiológico, variarán. Existen una serie de signos de alarma que debemos ser capaces de reconocer entre los cuales se encuentran la inestabilidad hemodinámica, fiebre elevada, dolor abdominal postraumatismo, dolor discontinuo que pasa a continuo, peritonismo, distensión abdominal intensa con silencio abdominal. Las tres causas principales de abdomen agudo en los servicios de urgencias son la colecistitis, diverticulitis y apendicitis (aunque existen otros como la rotura de quiste ovárico, aneurisma abdominal roto...) En el caso de nuestra paciente se trata de una apendicitis cuya escala (Alvarado Score o escala de Alvarado) es útil en la toma de decisiones tanto para descartarla, como para solicitar prueba de imagen o interconsulta directa con el cirujano de guardia. Dicha escala valora la localización del dolor y su migración, anorexia, vómitos y náuseas, el signo de Blumberg,

fiebre, leucocitosis y desviación izquierda. A pesar de ser una herramienta útil en el diagnóstico, es importante recordar que las pruebas son complementarias y que en caso de que exista alta sospecha clínica de abdomen agudo pese a que la prueba de imagen sea normal, debe comentarse con el cirujano de guardia.

Bibliografía

Kamin RA, Nowicki TA, Courtney DS, Powers RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am*. 2003;21:61.

Seoane C, Sánchez MG, Moure B, Rodríguez DC. Dolor abdominal. En Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. *Guía de Actuación en Urgencias*, 5º ed. Madrid: Editorial Panamericana. 2017; p. 249-58.