



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

## 423/61 - ¿UN DIAGNÓSTICO ERRÓNEO ES SIEMPRE RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO?

B. Pérez Moreno<sup>1</sup>, P. Isarre García de Jalón<sup>1</sup>, N. Frías Aznar<sup>1</sup>, C. Muniesa Urbistondo<sup>1</sup>, M. Escolar Martínez-berganza<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de MFyC. HCU Lozano Blesa. Zaragoza, <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias del Hospital Lozano Blesa. Zaragoza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 23 años de edad, sin antecedentes de interés, que consultó en 6 ocasiones, primero en el Centro de Salud y posteriormente en el servicio de urgencias, por clínica de 6 días de evolución consistente en dolor mesogástrico posteriormente irradiado a fosa iliaca derecha, diarrea de 8 deposiciones/día y náuseas. Inicialmente el cuadro se orientó como una gastroenteritis aguda, pautándose tratamiento sintomático y remitiendo a la paciente a domicilio, pero ante la ausencia de mejoría y el empeoramiento clínico con fiebre alta en el último día, regresó a urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración de las primeras visitas no se objetivó irritación peritoneal, la succión lumbar era negativa y el sedimento de orina normal. Analítica con discreta leucocitosis con neutrofilia. En la última visita en urgencias, la paciente presentaba signos de Blumberg y Rovsing positivos en la palpación de abdomen. Las pruebas complementarias realizadas en esta 4<sup>a</sup> ocasión, a diferencia de las anteriores, mostraron importante elevación de reactantes de fase aguda. Por todo, en esta última visita se realizó ecografía abdominal y ginecológica evidenciando escasa cantidad de líquido libre en Douglas, con ovario derecho aumentado de tamaño con imagen heterogénea junto a él englobándolo, sugerente de trompa inflamada o imagen de asa. Ante estos hallazgos se ingresó en ginecología, donde ante sospecha de EIP, se realizó laparoscopia exploradora encontrando gran inflamación de estructuras contenidas en pelvis menor (sigma, útero, trompa derecha y apéndice) debido a una apendicitis aplastronada. Se realizó apendicectomía laparoscópica con evolución satisfactoria.

**Juicio clínico:** Apendicitis aguda.

**Diagnóstico diferencial:** Gastroenteritis, Cólico nefrítico, Patología anexial, Apendicitis aguda, Enfermedad inflamatoria pélvica.

**Comentario final:** La apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica abdominal más frecuente en nuestro medio y en el mundo y su diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque hay casos con presentación atípica, muchos pacientes se presentan con la semiología característica. Si los asistidos mayoritariamente por MIR puede constituir un factor de riesgo para el retorno del paciente debido a la importancia que tiene el enfoque y valoración clínicas que se establece por el primer médico que atiende al paciente, aunque existen herramientas para la estratificación del riesgo de los pacientes en urgencias que permiten protocolizar la evaluación sistemática de los pacientes de alto riesgo de una manera objetiva. No se podía cuestionar el diagnóstico inicial del Medicina Familiar y Comunitaria, dada la dificultad que entrañaba acertar con el

correcto cuando el cuadro era incipiente y aun no existía peritonismo a la exploración, a pesar de haber puesto para su consecución todos los medios disponibles, pues en todo paciente existe un margen de error independientemente de las pruebas que se le realicen. Por todo ello, respondiendo a la pregunta inicial de si un diagnóstico erróneo es siempre responsabilidad del médico la respuesta es no.

## Bibliografía

Korn O. Apendicitis aguda sin dolor o "El paraíso de los tontos". Caso clínico. Rev Méd Chile. 2008;136:1559-63.

Núñez S, et al. Perfil clínico-asistencial e impacto del retorno inesperado a urgencias de un mayor de 65 años. An Sist Sanit Navar. 2006;29(2):199-205.