



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 210/110 - No todo dolor abdominal es gastroenteritis

M. Rodríguez Márquez<sup>a</sup>, M. Pancorbo<sup>b</sup>, A.A. Ruíz-Risueño Montoya<sup>c</sup>, J. Sánchez Sánchez<sup>d</sup>, L. Úbeda Cuenca<sup>c</sup> y A.B. Martorell Pro<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre-Pacheco Oeste. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de salud San Javier. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia. <sup>e</sup>Médico de Familia. Hospital Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 36 años, sin antecedentes de interés, que consulta a su médico de familia por vómitos de dos días de evolución tras ingesta, diarrea y dolor abdominal. No relaciones, no embarazos. Exploración física: dolor generalizado por todo el abdomen, resto normal. Afebril. Con diagnóstico de gastroenteritis incipiente, se pauta tratamiento para ello y marcha a domicilio. En menos de 24 horas regresa por persistencia y aumento de la sintomatología focalizando el dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda. Se deriva a urgencias para realización de pruebas complementarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: consciente y orientada, afebril, normotensa. Abdomen blando y depresible, dolor en fosa ilíaca y flanco izquierdo, resto sin hallazgos. Analítica: leucocitosis de 12.000 y PCR 7,25, resto normal. Orina normal, test gestación negativo. Estudio de heces (coprocultivo, virus, toxina de *C. difficile*): negativo. Ecografía de abdomen de urgencia y se completa con TC de abdomen con contraste iv: engrosamiento de la pared del sigma más de 4 mm, grasa alrededor hiperecogénica y formación diverticular con pared hipoecoico por edema, pequeña burbuja de gas extraluminal.

**Juicio clínico:** Diverticulitis aguda con perforación contenida.

**Diagnóstico diferencial:** Se debería con un amplio número de patologías como: colitis infecciosa, isquémica, ulcerosa, enfermedad de Crohn, patología ginecológica pero el diagnóstico diferencial más importante debe ser con el cáncer de colon pues la estrategia quirúrgica cambia. A diferencia de las diverticulitis en un cáncer puede o no estar presentes divertículos, la grasa pericólica puede estar poco o no afectada, la afectación de la pared del colon es irregular y excéntrica, muy evidente la transición de la pared de normal a anormal y el segmento afectado suele ser corto con adenopatías.

**Comentario final:** Se procedió al ingreso del paciente con tratamiento hospitalario. Si inestabilidad hemodinámica o absceso mayor a 5 cm se procedería a drenaje percutáneo o laparotomía si inaccesible al drenaje. La mayoría de las veces, se trata de una afección leve que responde bien al tratamiento. Se recomendarán colonoscopias después de que la diverticulitis haya sanado. Es importante tener en cuenta los síntomas y un diagnóstico precoz para evitar complicaciones posteriores.

## BIBLIOGRAFÍA

1. SERAM: Sociedad Española de Radiología Médica. 2015.