



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

264/108 - ¿DOLOR EN FLANCO DERECHO + HEMATURIA = CÓLICO NEFRÍTICO? NO SIEMPRE ES ASÍ

R. Cerezo Molina^a, E. Pérez Ortiz^b, M. Borge Hierro^c, C. Sánchez Aranda^d, C. Castillo Martín^e y N. Fernández Gervillá^f

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Almuñécar. Granada. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Almuñécar. Granada. ^cMédico de Familia. Motril Centro. Granada. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Motril. Granada. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril Centro. Granada. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril Este. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 51 años que acude a urgencias de AP por presentar dolor continuo en flanco derecho con defensa que impide la palpación profunda, junto con ruidos hidroaéreos abolidos. Ante el no manejo de la patología con medicación, se decide derivación a Hospital, donde se aprecia en analítica una PCR de 116,7 mg/L, leucocitos de 25.430 \times /L con desviación izquierda y hematuria. Con sospecha de cólico nefrítico y tras manejo de clínica se decide derivación al alta. Pasados 3 días, ante la persistencia del dolor, aparición de fiebre y vómitos, el paciente vuelve a acudir a urgencias hospitalarias, donde se realiza, mediante ecografía, el diagnóstico definitivo de apendicitis retrocecal complicada con absceso subhepático distal y es intervenido de urgencia.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, sudoración profusa. Abdomen doloroso en flanco derecho con defensa que impide la palpación profunda. Ruidos hidroaéreos abolidos. Ecografía abdominal: imagen tubular en fondo de saco ciego de curso retrocecal, con aumento de la ecogenicidad de la grasa de la gotera parietocólica. Desestructuración del extremo distal de forma que se identifica una colección adyacente a éste de localización subhepática con contenido fluctuante.

Juicio clínico: Abdomen agudo.

Diagnóstico diferencial: De abdomen agudo: apendicitis aguda, cólico biliar/colecistitis aguda, obstrucción intestinal, diverticulitis, pancreatitis aguda, úlcera perforada, cólico ureteral, dolor abdominal inespecífico. Localización FID: Apendicitis aguda, perforación de úlcera péptica, patología del íleon terminal, linfadenitis mesentérica.

Comentario final: Ante la presencia de dolor en flanco en derecho, los diagnósticos más frecuentes en los que solemos pensar son apendicitis aguda y cólico nefrítico, sobre todo si en este último caso se acompaña de hematuria. Sí la anamnesis nos orienta hacia cólico nefrítico, la evidencia de leucocitos con desviación izquierda debería hacernos pensar en un cólico nefrítico complicado, por lo que se deberían ampliar las pruebas complementarias, incluyendo: sistemático de orina y sedimento, urocultivo, y en caso de sospecha de pielonefritis secundaria, deberíamos pedir también ecografía abdominal. Por otra parte, sí la anamnesis nos orienta hacia apendicitis aguda es de interés conocer que típicamente el dolor se inicia en epigastrio o periumbilical y acaba desplazándose 3-6 horas después a FID. Síntomas comunes son anorexia, náuseas,

vómitos y fiebre. Pero estos síntomas a menudo se ven modificados, como en la apendicitis retrocecal que puede cursar sin signos peritoneales, con dolor en flanco derecho o lumbar y puede acompañarse de contractura o empastamiento local y de manifestaciones urinarias. La localización del apéndice ascendente en el receso retrocecal tiene una prevalencia del 65%. Si bien, para el diagnóstico de la mayoría de apendicitis es suficiente con la clínica y la exploración física, para el diagnóstico de apendicitis retrocecal es importante la realización de tacto rectal, que resultaría no doloroso, la valoración del signo del psoas y la realización de ecografía abdominal.

Bibliografía

1. Laso FJ. Dolor abdominal agudo. En: Laso FJ. Diagnóstico diferencial en Medicina Interna, 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 187-92.
2. Motta Ramirez GA, Méndez Colin E, Martínez Utrera MJ, et al. Apendicitis aguda en adultos. An Radiol Mex. 2014;13:143-65.