



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

387/173 - ¿APENDICITIS DE LARGA EVOLUCIÓN?

P. Pascual Blasco¹, E. Hierro Ciria², A. Alfaro Cristóbal³, A. Morán Caballero⁴, A. Gutiérrez Pérez de Lis⁵, M. Gómez Sánchez⁶

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Santander. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ⁶Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Astillero. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 40 años, sin alergias medicamentosas conocidas y sin factores de riesgo cardiovascular. Con antecedentes de síndrome ansioso depresivo. Toma como medicación habitual sertralina. Acude a nuestra consulta refiriendo molestias en hipogastrio tipo retortijón desde hace unos 15 días. En el domicilio se ha autotratado con AINES con mejoría parcial del dolor. Refiere fiebre de hasta 39 °C al principio del cuadro, posteriormente afebril. En los últimos dos días el dolor ha aumentado de intensidad y de frecuencia. No náuseas ni vómitos. Refiere ritmo deposicional sin alteraciones. No sintomatología genitourinaria ni otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: SatO2: 99%. FC: 72 lpm. FR: 16 rpm. T^a: 36,1 °C TA: 136/83 IMC: 22. Buen estado general. Auscultación cardiaca: rítmico, no oigo soplos ni extratonos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, no crepitantes, ni sibilancias. No se objetivan roncus ni flemas. Abdomen: blando y depresible, leve dolor a la palpación en hipogastrio. No palpo masas ni visceromegalias. Blumberg negativo. EEII: no edemas ni signos de TVP. Tacto rectal: hemorroide externa. Analítica: todos los parámetros dentro de la normalidad excepto leucocitosis (12.000) y PCR (8 mg/dL). RX Abdomen: aire en marco cólico, sin niveles hidroaéreos. Se solicita ecografía abdominal preferente: Se realiza exploración ecográfica y ante los hallazgos, poco concluyentes, se decide completar valoración mediante TAC abdominal. TAC abdominal: destaca la existencia de un claro engrosamiento de las paredes del sigma, que es muy doloroso, afectando un segmento de unos 10 cm y que muestra un absceso mural de 2,6 × 1,5 cm. El paciente muestra varias formaciones diverticulares tanto colon descendente como sigma. Los hallazgos sugieren sigmoiditis muy evolucionada siendo difícil precisar una etiología primaria (no es descartable una diverticulitis muy evolucionada). Resto de la exploración sin otros hallazgos relevantes.

Juicio clínico: Sigmoiditis con pequeño absceso mural.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis. Colecistitis aguda. Cólico nefrítico. Cólico biliar. Gastroenteritis aguda.

Comentario final: El dolor abdominal supone un síndrome clínico que representa un porcentaje importante de las consultas de los pacientes en Atención Primaria y las urgencias hospitalarias. A pesar de que un porcentaje importante de los pacientes se etiquetan de dolores abdominales inespecíficos debemos ser minuciosos en la anamnesis y en la exploración física para no pasar por alto otros diagnósticos con una relevancia clínica mayor. En nuestro caso indagando en la historia clínica el paciente se había sometido en

clínica privada a una rectosigmoidoscopia previamente a la clínica descrita pudiendo ser la etiología del absceso.

Bibliografía

Flasar MH. Goldberg E: Acute abdominal pain. *Med Clin North Am.* 2006;90:481.

ACS Surgery Principles and Practice. *Dolor abdominal agudo.* 2006