



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

387/69 - LA ECOGRAFÍA COMO HERRAMIENTA DEL MÉDICO DE FAMILIA PARA UNA MEJOR APROXIMACIÓN AL DOLOR ABDOMINAL

O. Casanueva Soler¹, R. Correa Gutiérrez¹, M. Cobo Rossell², L. Salag Rubio¹, C. Marinero Noval³, R. Maye Soroa¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja Cabuerniga. Cabezón de la Sal. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 34 años que acude por dolor abdominal periumbilical irradiado a fosa iliaca derecha de 8h de evolución, actualmente muy intenso y acompañado de náuseas y febrícula (máxima 37,6 °C). Es fumador de 8-10 cigarrillos diarios y consumidor ocasional de bebidas alcohólicas.

Exploración y pruebas complementarias: Sobre peso, afectado por dolor. TA 134/92, FC 96 lpm, T^a 37,5 °C. Dolor a la palpación abdominal difusa, mayor en FID con Blumberg dudosos. Resto de la exploración normal. Se realiza una ecografía abdominal dirigida con sonda covex de baja frecuencia, demostrándose un apéndice no compresible con diámetro mayor a 6 mm, con un aspecto de "diana".

Juicio clínico: Se derivó al paciente al hospital de referencia con diagnóstico de Apendicitis aguda. El criterio ecográfico diagnóstico es la demostración en la FID de un apéndice no compresible con diámetro > 6 mm o la visualización de un absceso en dicha localización, sobre todo si contiene apendicolito o calcificación interior, en un paciente con un cuadro clínico sugerente.

Diagnóstico diferencial: El dolor abdominal clínico puede tener diversas causas: gastroenteritis aguda, litiasis renal... El diagnóstico de apendicitis ecográfico presenta falsos positivos debidos a la existencia de líquido periapendicular en todas aquellas situaciones clínicas que provocan la presencia de líquido libre en la cavidad abdominal; también puede haber falsos negativos debidos sobre todo a una mala técnica o a problemas de obesidad, meteorismo o intenso dolor. La historia clínica y las características del cuadro clínico deben ser tenidas en cuenta en el diagnóstico de la AA en situaciones dudosas y se debe recurrir al TAC o al RMN si están disponibles, en los casos en que la ecografía no resuelva la cuestión y el estado clínico del paciente lo permitan.

Comentario final: A pesar de que la apendicitis aguda es una de las causas más frecuentes de dolor abdominal agudo, pudiendo afectar entre un 7-12% de la población general a lo largo de su vida, su diagnóstico se basa en criterios clínicos imprecisos obtenidos de la anamnesis y la exploración física, resultando problemático en más de un tercio de los casos por presentarse de forma dudosa o atípica. Con una adecuada formación del médico, la ecografía mediante la técnica de compresión gradual presenta una sensibilidad del 80-96% y especificidad del 90-100% según las distintas series publicadas para el diagnóstico de AA en casos dudosos.

Bibliografía

Löfvenberg F, Salö M. Ultrasound for Appendicitis: Performance and Integration with Clinical Parameters. *Biomed Res Int.* 2016;2016:5697692.