

387/166 - NO SIEMPRE ES UNA ITU

D. San José de la Fuente¹, O. Casanueva Soler², C. Marinero Noval³, R. Maye Soroa², M. Alonso Santiago², L. Rodríguez Vélez⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. Asturias.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 50 años, sin antecedentes personales de interés ni tratamiento habitual, que acude a consulta de atención primaria por dolor abdominal localizado en región suprapúbica, intermitente, no irradiado. No asocia fiebre, ni vómitos ni náuseas. No alteraciones del tránsito intestinal. Niega clínica urinaria, o a otros niveles. En la exploración física solo destaca dolor leve a la palpación profunda en hipogastrio. Se realiza tira reactiva de orina con resultado compatible con infección del tracto urinario. Se pauta tratamiento con fosfomicina 3 gramos oral en dosis única y analgesia habitual. La paciente acude de nuevo al día siguiente por empeoramiento del dolor a pesar del tratamiento y sensación de malestar general. Ante los hallazgos de la exploración física se decide traslado urgente al hospital de zona.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes a su llegada al servicio de urgencias: TA 135/86. FC 96. T^o 37,3 °C. Exploración: ACP normal. Abdomen con timpanismo leve, dolor a la palpación de forma generalizada, más intenso en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, con Blumberg (+), ruidos hidroáreos normales, sin masas ni megalías. Resto anodino. Analítica de sangre: leucocitos 14.000, granulocitos 92%, PCR 264. Resto normal. Analítica de orina: leucocitos +++, hematíes ++, células escamosas moderadas. Células transicionales moderadas. Ecografía de abdomen que se completó con TAC abdominal con contraste: colon sigmoide edematoso, con borrosidad de la grasa mesentérica y aspecto de edema de las asas intestinales de abdomen inferior, con presencia de escasa cantidad de líquido libre entre ella y en el saco de Douglas, compatible con cuadro de diverticulitis aguda no complicada. Resto dentro de la normalidad. Se decide ingreso hospitalario y tratamiento conservador.

Juicio clínico: Diverticulitis aguda no complicada.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad pélvica inflamatoria. Colitis ulcerosa. Enfermedad de Crohn. Apendicitis. Colitis isquémica. Carcinoma. Pielonefritis.

Comentario final: La diverticulitis aguda no complicada es una patología que se caracteriza por la inflamación de la pared del colon secundaria a un proceso mórbido presente en un divertículo adyacente, sin que exista perforación intestinal, obstrucción intestinal, absceso, fistula o sepsis. Actualmente, se consideran también diverticulitis no complicadas aquellas que presentan un absceso adyacente de menos de 3 centímetros. Representa una causa frecuente de consulta por dolor abdominal. La sospecha diagnóstica se establece en base a la historia clínica y la exploración física. Se confirmará mediante prueba de imagen, siendo de elección como prueba inicial la ecografía abdominal. En caso de importante afectación del

paciente, presencia de signos de irritación peritoneal, hallazgos compatibles con absceso u obstrucción, o dudas diagnósticas, se realizara un TAC abdominal. El tratamiento de la diverticulitis aguda no complicada es conservador, con analgesia y antibioterapia, pudiéndose realizar en el domicilio, en hospital de día o unidades de hospitalización domiciliaria, o mediante ingreso hospitalario en planta, en función de las características del paciente y de la severidad del cuadro.

Bibliografía

Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la diverticulitis aguda no complicada. Hospital Universitario Donostia.