

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

329/72 - NO ES LO QUE PARECE

M. San Emeterio Barragan¹; S. Santamaría Maestro²; C. Bonnardeaux Chadburn³; M. San Emeterio Barragán⁴; M. Alonso Gómez².

¹Médico SUAP El Astillero. Cantabria. ²Enfermera SUAP El Astillero. Cantabria. ³Médico de Familia. Centro de Salud Los Valles. Cantabria. ⁴Enfermera. Grupo quirúrgico. Hospital Virgen de las Nieves. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 27 años acude al SUAP por dolor epigástrico de 48 horas de evolución que se ha focalizado en fosa iliaca y flanco derechos, no náuseas, no vómitos, no alteración del hábito intestinal. Antecedentes: taquicardia sinusal sin patología estructural estudiada en 2003. Remitimos para valoración hospitalaria.

Exploración y pruebas complementarias: Temp 37°C, TA 134/76 mmHg, FC 76 lpm. AP: anodina. Abdomen: blando, reacción peritoneal en flanco derecho. Rx tórax: normal. Hemograma: leucocitos 14.800/?l, neutrófilos 11.900/?l, Hb 15,4 gr/dl, plaquetas 210.000/?l. Bioquímica: glucosa 103 mg/dl, urea 24 mg/dl, creatinina 0,71 mg/dl, amilasa 82 U/l, Na 138 mEq/l, K 3,6 mEq/l, PCR 1,02 mg/dl. Coagulación: TP 95%, INR 1,03. Ecografía abdominal: líquido libre en FID. TAC abdominopélvico: proceso inflamatorio en el vacío derecho, con engrosamiento de la pared del colon ascendente, líquido en gotiera paracólica derecha y marcado aumento de densidad de la grasa adyacente, apéndice con calibre normal con ligero aumento de la densidad.

Juicio clínico: Infarto hemorrágico epiploico.

Diagnóstico diferencial: Colecistitis, pancreatitis, gastroenteritis, ileítis terminal, apendicitis, obstrucción intestinal, linfadenitis mesentérica, diverticulitis, divertículo de Meckel, patología urológica.

Comentario final: El estudio anatopatológico del tejido epiploico obtenido por cirugía laparoscópica confirma congestión e inflamación. El diagnóstico se completa por el servicio de Hematología. Síndrome antifosfolípido. Embolismo sistémico. Trombosis de epiplón. Los procesos abdominales periapendiculares son motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencia de atención primaria, en muchas ocasiones son catalogados como patología inespecífica y no se concluye el diagnóstico. Este caso clínico muestra la repercusión pronóstica del correcto diagnóstico.

Bibliografía

- Patel, NB, Wenzke DR. Evaluating the Patient with Right Lower Quadrant Pain. Radiol Clin North Am. 2015 Nov;53(6):1159-70.
- Stojanovich L, Djokovic A. Tomography and blood vessels in Hughes syndrome. Lupus. 2014; 23(4):337-41.