



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1330 - Un dolor abdominal: 1º OÍR, 2º ver, 3º actuar

M.T. Wangüemert Madán<sup>a</sup>, M.T. Madán Pérez<sup>b</sup>, V.C. Vílchez de León<sup>c</sup>, I. Orta Rodríguez<sup>d</sup> y S.P. Torres Correa<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Barrio La Salud. Tenerife. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Güimar. Tenerife. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro Salud La Orotava-San Antonio. <sup>d</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Tejina. Santa Cruz de Tenerife. <sup>e</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranco Grande. Santa Cruz de Tenerife.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 55 años, con antecedentes personales de dislipemia, sobrepeso y exfumador, que acude por dolor fijo en hemiabdomen derecho de 24 horas de evolución, que aumenta con los movimientos, mal estar general, anorexia, y una deposición escasa.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 110/75, FC 70 lpm. Glucemia 103 mg/dl, Tª 37 °C. Abdomen: defensa abdominal en hemiabdomen derecho y peritonismo. Resto de la exploración anodina. Ante estos hallazgos se deriva al hospital, donde se realiza analítica con leucocitosis 12.800 (pmn 78%) y en Rx abdomen, hepatomegalia. Ecografía abdominal: alteración de grasa pericolónica y engrosamiento de paredes del colon derecho, presencia de aire extraintestinal indicando microperforación con apéndice normal. Se amplía estudio mediante TAC abdominal: diverticulitis de colon derecho proximal con microperforación contenida. Se decide ingreso para hidratación, reposo intestinal, antibioterapia y AINES durante 6 días, siendo esta la base clásica del tratamiento, sin embargo las guías terapéuticas están basadas en recomendaciones de expertos. Tras ello se da el alta a domicilio donde deberá de continuar con antibióticos (ciprofloxacino 500 mg 1/12h, metronidazol 250 mg 1/8h) 7 días y dieta rica en fibras.

**Juicio clínico:** Diverticulitis aguda de colon derecho clasificación Hinchey I-B.

**Diagnóstico diferencial:** Ante estos hallazgos debemos de realizar diagnóstico diferencial con: apendicitis, carcinoma de colon derecho, colitis ulcerosa, ileocolitis infecciosa, enfermedad de Crohn, colitis isquémica, enfermedad pélvica inflamatoria, pielonefritis aguda, obstrucción del tracto urinario.

**Comentario final:** La diverticulitis derecha es una enfermedad poco frecuente en países occidentales, a diferencia de los orientales. Caracterizada por la presencia de un divertículo único verdadero, al contrario que la izquierda, donde suelen existir múltiples pseudodivertículos. La primera aparece de forma congénita no relacionándose con la edad al contrario de la izquierda, más frecuente a mayor edad. La clínica es difícil de diferenciar de una apendicitis aguda. La causa de la enfermedad diverticular del colon no ha sido establecida en forma concluyente, los estudios epidemiológicos han demostrado su asociación con la dieta escasa en fibra y un contenido elevado de hidratos de carbono. La escasa ingesta de fibra, altera la velocidad del tránsito gastrointestinal, estos factores pueden aumentar la presión intracolónica y alterar el contenido colónico. Otros factores que se han asociado son: sedentarismo, constipación, obesidad, tabaquismo y tratamiento con AINES. Desde Atención Primaria es importante la anamnesis y la exploración física para descartar patologías agudas poco frecuentes, valorando nuestra labor y sabiendo cuando derivar lo antes posible a nuestros

pacientes al hospital, para evitar situaciones de mayor riesgo, como ocurrió con nuestro paciente que no precisó intervención quirúrgica, debido a la rapidez en la derivación, la cual realizamos tras los hallazgos encontrados en nuestra primera valoración.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ridgway PF, Latif A, Shabbir J, Ofriokuma F, Hurley MJ, Evoy D, et al. Randomized controlled trial of oral vs intravenous therapy for the clinically diagnosed acute uncomplicated diverticulitis. *Colorectal Dis.* 2009;11(9):941-6.
2. Kaiser AM, Jiang JK, Lake JP, et al. The management of complicated diverticulitis and the role of computed tomography. *Am J Gastroenterol.* 2005;100(4):910-7.
3. Telem D, Buch K, Nguyen S, Chin E, Weber K, Divino C. Current Recommendations on Diagnosis and Management of Right-Sided Diverticulitis. *Gastroenterol Reseach and Practice* 2009;359-485.
4. American Society of Colon and Rectal Surgeons-Medical Specialty Society. Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis. 2000 (revised 2014 Mar). NGC:010240.