



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

160/1341 - En contra de lo que parece... O no

R.L. Villoslada Muñiz^a, F.J. Cuevas Fernández^b, L. López Álvarez^b y B. García López^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Corvera de Asturias. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sabugo. Avilés. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Las Vegas. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Se trata de un varón de 32 años que acude a urgencias de su centro de salud por dolor abdominal de 24 horas de evolución, sin fiebre, vómitos ni alteraciones del hábito intestinal. El dolor, que es leve y no precisó toma de analgesia, se inició periumbilical para luego trasladarse a fosa ilíaca derecha. A la exploración presenta buen estado general, está afebril (36,6 °C) y como único hallazgo muestra signo de Blumberg valorable como positivo pero poco expresivo, siendo el resto del abdomen blando y depresible. El paciente es derivado a urgencias hospitalarias para descartar apendicitis aguda. Allí se solicitan analítica completa incluyendo bioquímica, hemograma, sistemático de orina y radiografías de tórax y abdomen que resultan estrictamente normales. Manteniendo, no obstante, la sospecha clínica inicial en función de la exploración, se decide solicitar ecografía abdominal que resulta inconcluyente. El radiólogo de urgencias decide solicitar TAC abdominal en el que se visualiza un apéndice engrosado, confirmando la sospecha de apendicitis aguda. No obstante y pese a ser informado acerca de los riesgos, el paciente, asintomático tras analgesia habitual en urgencias, rechaza la cirugía optando por observación con antibioterapia. Regresa a la mañana siguiente por empeoramiento del estado general, realizándose appendicectomía de urgencia.

Exploración y pruebas complementarias: En consulta de MAP: buen estado general. Normohidratado y bien perfundido. TA 120/70. Ruidos cardíacos rítmicos, murmullo vesicular conservado. Abdomen peristalsis conservada. Dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha con Blumberg positivos. Signo del psoas negativo. En Urgencias: bioquímica, hemograma y coagulación normales, incluyendo PCR (indetectable). Orina normal. Radiografía de tórax y abdomen sin alteraciones. Ecografía abdominal: inconcluyente por mala visualización del apéndice. TAC: engrosamiento difuso de apéndice sugestivo de apendicitis de inicio.

Juicio clínico: Apendicitis aguda de inicio.

Diagnóstico diferencial: Se trata de un dolor abdominal cuyas características semiológicas nos orientan a una apendicitis aguda, aunque la normalidad de las pruebas bioquímicas, la poca intensidad de la clínica y el hecho de que el paciente se encuentre asintomático tras analgesia habitual en urgencias pueden plantearnos dudas respecto a este diagnóstico y hacernos pensar en patología más banal, como la presencia de heces en marco cólico, una causa habitual de dolor abdominal en urgencias.

Comentario final: El caso actual desafía las estadísticas según las cuales la ausencia de vómitos y fiebre excluye con valor predictivo negativo del 0,97 el diagnóstico de apendicitis aguda y debe hacernos pensar en otras entidades. No obstante, es un ejemplo representativo de cómo la sospecha clínica fundamentada en la exploración y anamnesis debe guiar siempre el criterio médico.

BIBLIOGRAFÍA

1. García C, Padilla ML, de la Fuente A. Dolor abdominal agudo en la infancia: ¿será apendicitis? AMF. 2013;9(5):278-81.