



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1897 - Un blumberg positivo cualquiera

R. Gambín Follana<sup>a</sup>, F.J. Serna Gea<sup>b</sup> e I. Marín Cabrera<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante. <sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante.

### Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 49 años acude a consulta de forma urgente por presentar dolor abdominal intermitente en FID de 3-4 días, que desde hoy se ha hecho continuo, junto con sensación distérmica no termometrada. Última deposición esta mañana sin productos patológicos, no rectorragia, ni melenas. No vómitos, ni náuseas. En la exploración física impresiona de Blumberg positivo por lo que derivamos de forma urgente al hospital para descartar apendicitis aguda. Antecedentes personales: no RAM. No HTA. No DM. No DLP. Fumador de 35 años/paquete. Gota. Niega Intervenciones quirúrgicas. Tratamiento habitual: colchicina, naproxeno. Antecedentes familiares: No antecedentes cardiovasculares, ni tumorales.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y orientado. BEG. Afebril. Abdomen: blando y depresible, dolor a la palpación en FID, no se palpan masas ni megalias. Blumberg positivo. Sin signos de irritación peritoneal. Resto de exploración por aparatos anodino. En urgencias se realizó: 1) Analítica de sangre (leucos: 18,2220 Ntf: 80%, Cr 1,05 mg/dl, PCR: 7,02 mg/dl) resto normal. 2) Análisis de orina: negativo, 3) Coprocultivo: flora mixta habitual. 4) HcX2: negativos. 5) Ecografía abdominal: A nivel de FID se observa engrosamiento de la pared del colon y cambios inflamatorios de la grasa pericecal, no se identifica claramente el apéndice por lo que se realiza TAC abdominal complementario: donde se confirmó engrosamiento de las paredes de colon. Una vez en planta se llevaron a cabo Entero-RMN: hallazgos sugestivos de colitis inflamatoria-infecciosa aguda, afectando ciego y colon ascendente, con forma de “plastrón” en FID. Dudosos absceso intramural anterior al músculo psoas derecho vs engrosamiento asas colapsada. Colonoscopia: se observó últimos 10 cm de íleon terminal, un trayecto de mucosa y patrón vascular conservado. Se tomaron biopsias, justo al lado de válvula íleo-cecal se observó orificio fistuloso o diverticular con fibrina. Resto normal. Evolución: el paciente ingresó inicialmente con cuadro de dolor abdominal agudo y con signos de peritonismo que tras iniciar tratamiento con antibioterapia (9 días con meropenen) y posteriormente con pauta de corticoides por brote agudo de gota, mejora totalmente la clínica abdominal. Se realiza interconsulta a digestivo y consideraron como posibles opciones colitis, la toma de AINEs vs colitis inflamatoria. Pendiente de resultados de biopsias. Así mismo se realizó interconsulta a Reumatología para valorar brote agudo de gota, se intenta extraer líquido articular sin éxito y se solicita RMN de ambas rodillas, donde se objetiva extensa gota crónica tofácea.

**Juicio clínico:** Colitis inespecífica.

**Diagnóstico diferencial:** Apendicitis aguda/cáncer de colon.

**Comentario final:** Este caso nos enseña la importancia de las técnicas de imagen en nuestro trabajo diario que, usadas de manera racional, nos facilitan el diagnóstico precoz mejorando la asistencia y calidad de vida de nuestros pacientes. El trabajo en equipo multidisciplinar, es también de vital importancia en estos casos. No debemos prolongar tratamientos empíricos, cuando disponemos de medios que nos pueden facilitar el diagnóstico y optimizar los tratamientos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fierdman S, Blumberg RS. Enfermedad inflamatoria intestinal. Harrison: Principios de Medicina Interna. 16<sup>a</sup> edición, p. 9544-611.
2. Rodemann JF, Dubberke ER, Reske KA, et al. Incidence of Clostridium difficile infection in inflammatory bowel disease. Clin Gastroenterol Hepatol. 2007;5:339.