



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1433 - Absceso de pared abdominal anterior. A PROPÓSITO DE UN CASO de evolución tórpida de Infección del tracto urinario

G. Bermúdez Ferrer^a, M. Almarza García^b, J. Herrero Hernández^b, J. Soldo Rodríguez^c, A. Lindo Martín^d, M. Esquilabre^e, M.L. Burgos Merchán^f, B. Gacimartín Valle^f, A.C. Rubio Bernardo^f y M.C. Márquez González^g

^aMédico Residente de 2º año. Centro de Salud de Lavapiés. Zona Noroeste. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Lavapiés. Madrid. ^cMédico Residente de 4º año. Centro de Salud de Torrelodones. Zona Noroeste. Madrid. ^dMédico Residente de 2º año. Centro de Salud de Torrelodones. Zona Noroeste. Madrid. ^eMédico Residente de 2º año. Centro de Salud de Monterrozas. Zona Noroeste. Madrid. ^fMédico Residente de 2º año. Centro de Salud de Segovia. Zona Noroeste. Madrid. ^gMédico Residente de 2º año. Centro de Salud Casa de Campo. Zona Noroeste. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 63 años, con antecedentes de apendicectomía, cirugía de bypass gástrico y dermolípectomía hace 5 años, diverticulosis en sigma. Acude a consulta de atención primaria por episodio de dolor en ambas fosas lumbares irradiado hacia ambos flancos, asociado síndrome miccional de una semana de evolución, no refiere fiebre, traumatismos, toma de anticoagulantes orales, náuseas, vómitos, diarrea ni malestar general, no eventos similares previos.

Exploración y pruebas complementarias: Destaca molestias difusas a la palpación en región periumbilical, no signos de irritación peritoneal, puñopercusión negativa (PPN), solicitamos analítica, tira reactiva de orina con leucocituria y nitritos positivos, indicamos norfloxacino y recomendaciones para Infección del tracto urinario (ITU) baja, la citamos en una semana. Cinco días más tarde acude a servicio de urgencias (SU) por empeoramiento del dolor que ahora se focalizaba en flanco derecho, añade sensación de distensión abdominal, fiebre de 38,5 °C en las últimas 48 horas, y se palpa masa dolorosa desde hipogastrio hasta fosa iliaca derecha haciéndose más evidente y dolorosa a la flexión del tronco sin datos de abdomen agudo, PPN. En analítica leve leucocitosis con neutrófilia, aumento moderado de proteína C reactiva, hemograma normal, sedimento de orina normal, en radiografía de abdomen se objetiva área central de bordes nítidos redondeada, radiotransparente en su interior de más menos 10 cm de diámetro.

Juicio clínico: Absceso de pared abdominal anterior.

Diagnóstico diferencial: Apendicectomizada, no traumatismo previo ni toma de anticoagulantes orales para pensar en hematoma, sin datos a la exploración positivos para pensar en diverticulitis, no pensamos masa tumoral por ser una clínica de inicio reciente, sin episodios previos, ni síntomas constitucionales. En paciente con cirugías abdominales previas, fiebre y masa palpable en pared abdominal pensamos podría tratarse de absceso, para su confirmación se solicita TAC de abdomen evidenciándose colección intraabdominal en íntimo contacto con músculo recto anterior derecho y cúpula vesical de 11 × 4 × 5 cm, se llama a cirujano, se ingresa con piperazilina-tazobactan para drenaje de colección en 24 horas. Evolución favorable, fue dada de alta a los 6 días siguientes.

Comentario final: Una correcta historia clínica con los datos más relevantes del paciente nos siguen demostrando su valor primordial para emitir un juicio clínico. Ante evolución tórpida de cualquier entidad, en nuestro caso una ITU siempre plantearnos nuevas hipótesis fundadas en los datos más relevantes y escuchando siempre al paciente. No todos los dolores lumbares son equivalentes de infecciones del tracto urinario y/o pielonefritis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fishman MB, Aronson MD. Differential diagnosis of abdominal pain in adults. Jul 2015. UpToDate.
2. Martin N, Sarani B. Management of the open abdomen in adults. Jul 2015. UpToDate.
3. Adair JD, Ellsmere JC. Late Complications of bariatric surgical operations. Jul 2015. UpToDate.
4. Papadakis MA, McPhee SJ, Current. Medical Diagnosis & Treatment. 2015;30:1263-93.
5. Anderson DJ. Surgical site infections. Infect Dis Clin North Am. 2011;25(1):135-53.