Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):18

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/3371 - Altado en Urgencias sin diagnóstico: El dolor persiste, ahora es nuestro turno

A. Hidalgo Rodríguez[a], C.A. Fignani Molina[b], M.M. Leal Lobato[c], C. Rivilla Doce[b], M. Mene Llorente[a], I. Alfonso Zamora[a], J.C. Aguirre Rodríguez[d], M.A. de Cruz Benayas[d] y M. Alonso Ródenas[d]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [d]Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almanjáyar. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Francisco es un hombre de 60 años que acude a nuestra consulta por dolor epigástrico. Refiere que el día anterior acudió a Urgencias por la aparición brusca e intensa del mismo, siendo dado de alta sin diagnóstico tras normalidad analítica y mejoría clínica. Nos comenta que el dolor, ahora sordo y quemante persiste, irradiándose a hipocondrio derecho y acompañándose de sensación distérmica. Es fumador de 5 paquetes/año, bebedor de 20 g/día y presenta un IMC de 33 kg/m^2.

Exploración y pruebas complementarias: Durante la exploración se encuentra afebril, con buen estado general, presentando un abdomen blando con dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho sin signos de irritación peritoneal. No se palpan masas ni megalias y el tacto rectal es normal. Esto, junto a la persistencia de los síntomas, nos obligan a repetir el estudio analítico con el fin de diferenciar patología gástrica de biliopancreática. A su regreso y sin cambios clínicos (cuatro días después), presenta discreta leucocitosis, PCR elevada y un patrón de colestasis disociada (GGT 108 U/L, FA 160 mg/dL, bilirrubina normal). Sospechando colelitiasis, realizamos una ecografía en el centro de salud, descubriendo una vesícula biliar sin alteraciones. Sin embargo, en parénquima hepático, hallamos una lesión de 5 cm, hipodensa, con bordes mal definidos sugerente de absceso. De este modo, se deriva Urgencias, donde confirman la sospecha y se ingresa para drenaje percutáneo y antibioterapia con buena evolución y sin complicaciones.

Juicio clínico: Absceso hepático secundario a perforación gastroduodenal.

Diagnóstico diferencial: Gastritis, colelitiasis y pancreatitis aguda. Hepatocarcinoma.

Comentario final: El dolor abdominal es una de las consultas más frecuentes en Urgencias, quedando hasta un 50% sin diagnóstico al alta. La perforación de úlceras gastroduodenales suelen dar lugar a una peritonitis, siendo excepcional que ocasionen un absceso hepático. La longitudinalidad que caracteriza al médico de familia es una herramienta muy valiosa que permite, gracias a la valoración continuada del paciente, reevaluar las hipótesis iniciales y alcanzar un diagnóstico certero.

Bibliografía

1. Feldman M, Friedman LS, et al. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Madrid. Editorial Médica Panamericana, 2004.

Palabras clave: *Epigastralgia. Absceso. Úlcera. Duodeno. Hígado.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.