



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/572 - Dolor abdominal en la mujer joven

M.E. Millán Hernández^a, B.M. Pax Sánchez^b, E. Sierra Rubio^c, R. García Arriola^d, M. Gómez Caballero^e, P.M. Rubio Puerta^a, E. Hernández Castilla^f, L. Floristán García^e, J. García del Monte^g y J. Ramos Sesma^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Monterrozas. Las Rozas. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan de la Cruz. Pozuelo. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^gMédico de Familia. Centro de Salud de Las Rozas. El Abajón. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aravaca. Madrid. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Torrelodones. Madrid. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo Estación. Pozuelo de Alarcón.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 20 años, apendicectomizada sin antecedentes relevantes, valorada en urgencias por dolor abdominal de 3-4 días de evolución que no cede con analgesia habitual. No fiebre ni sensación distérmica. No náuseas ni vómitos. No cambios en ritmo intestinal, no productos patológicos. No molestias miccionales ni leucorrea. FUR actualmente.

Exploración y pruebas complementarias: Presenta 37,6 °C. Abdomen distendido, doloroso a la palpación en FID e HCD sin signos de IP. Cicatrices de apendicectomía. PRB negativa. TR sin alteraciones. TBM cérvix posterior, cerrado, móvil, doloroso a la movilización. Análisis de orina: sin alteraciones. Test de gestación: negativo. Analítica de sangre: PCR 52,6, leve hipertransaminasemia. Sin otras alteraciones. Rx abdomen: patrón de miga de pan, líneas de psoas presentes. Eco TV: útero en AVF, regular, LE 2 mm, ovarios ecográficamente normales, adyacente a OD formación ecomixta de 24 mm que podría corresponder con piosalpinx, TC de abdomen: Mínima cantidad de líquido libre en pelvis menor. Discreto aumento de tamaño de anejos y leve trabeculación de la grasa locorregional. Dudosa presencia de loculación del líquido en hemipelvis derecha, donde no se descarta colección, que podría estar en relación con la trompa uterina. Asas de tamaño, grosor y distribución normal. No datos de ileítis ni perforación intestinal.

Juicio clínico: Síndrome Fitzhughcurtis.

Diagnóstico diferencial: Torsión ovárica. Embarazo ectópico. Endometriosis. Colon irritable. ITU. EIP.

Comentario final: La EIP es uno de los diagnósticos diferenciales en mujeres con dolor abdominal; ante la sospecha hay que instaurar tratamiento antibiótico ambulatoriamente para prevenir la infertilidad posterior.

Bibliografía

1. Álvarez M, Martínez JM. En Aguilar F, Bisbal O, Gómez C, et al, eds. Manual de diagnóstico y terapéutica Medica Hospital Universitario 12 de Octubre, 7ª ed. España. MSD; 2012:521-33.
2. Ross J, Judlin P, Jensen J, International Union against sexually transmitted infections. 2012 European Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease. Int J STD AIDS. 2014.

3. Woo SY, Kim JI, Cheung DY, Cho SH, Park SH, Han JY, et al. Clinical outcome of Fitz-Hugh-Curtis syndrome mimicking acute biliary disease. *World J Gastroenterol*. 2008;14:6975-80.
4. Risser WL, Risser JM, Benjamins LJ, Feldmann JM. Incidence of Fitz-Hugh-Curtis syndrome in adolescents who have pelvic inflammatory disease. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007;20:179-80.

Palabras clave: Perihepatitis. Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. EIP.