



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1483 - Reivindicando el papel de la exploración física en el dolor abdominal

S.E. Medellín Pérez<sup>a</sup>, A. González Cárdenas<sup>b</sup>, J.A. Martínez Solano<sup>a</sup>, M. García García<sup>c</sup>, M.N. Cano Torrente<sup>a</sup>, I.B. Miranda Núñez<sup>d</sup>, L. Nieto Perea<sup>a</sup>, E. Sánchez Fernández<sup>a</sup> y R. Román Martínez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Lorca-Sur. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina de Familia. Hospital de Lorca. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Águilas-Sur. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 54 años, sin antecedentes de interés. Acude a la consulta de AP, refiriendo dolor abdominal difuso tipo cólico más intenso en FII, de 12 horas de evolución, sin náusea, alteraciones del hábito intestinal, ni fiebre. En la EF: BEG T: 35 °C, TA: 125/75 mmHg, FC: 90 lpm. Abdomen: ruidos peristálticos normales, blando, depresible, doloroso a la palpación en FII y con Blumberg (+). Tras estos datos se deriva al servicio de urgencias Hospitalarias por sospecha de Diverticulitis aguda, se realizan pruebas complementarias (único hallazgo PCR: 57,7 mg/L) por lo que tras control del dolor se da alta con JC de dolor abdominal inespecífico; indicando volver en caso de empeoramiento de los síntomas. Acude nuevamente al servicio de urgencias 12 horas después por incremento del dolor que se ha vuelto fijo, sin irradiaciones, persiste afebril y sin síntomas acompañantes. EF: dolor en FII con Blumberg positivo y defensa abdominal a dicho nivel. En nueva analítica destaca PCR: 116,3 mg/L y leve leucocitosis; se solicita ecografía abdominal, en donde se confirma una diverticulitis aguda, e ingresa en el servicio de Cirugía con tratamiento conservador siendo dado de alta 6 días después encontrándose completamente asintomático.

**Exploración y pruebas complementarias:** 1ª analítica: PCR: 57,7 mg/L. Hemograma: normal, PLT: normales. Leucocitos:  $11,00 \times 10^9/L$ , neutrófilos  $8,3 \times 10^9/L$  (75,8%). Orina: normal. 2ª analítica: PCR: 116,3 g/L. Hemograma: normal, PLT: normal. Leucocitos:  $11,20 \times 10^9/L$ , neutrófilos  $9,1 \times 10^9/L$  (80,5%). Ecografía: colon descendente con engrosamiento concéntrico de pared (0,9 cm) con divertículos, uno con cambios inflamatorios y afectando grasa adyacente.

**Juicio clínico:** Diverticulitis aguda.

**Diagnóstico diferencial:** Otras causas de dolor abdominal agudo.

**Comentario final:** Con este caso clínico hemos querido ilustrar la importancia tanto de la anamnesis como de la EF, ya que tras la primera evaluación clínica la primera sospecha era una Diverticulitis aguda, sin embargo, al no encontrar alteraciones analíticas importantes a nivel hospitalario se decide alta. Las pruebas complementarias son importantes, sin embargo, debemos recordar que la EF es nuestra primera arma y que, por supuesto, nos puede llevar a muchos diagnósticos, si la sospecha persiste conviene insistir en descartarla a pesar del resultado de las pruebas.

### Bibliografía

1. Jiménez Murillo L. Dolor abdominal agudo. En: Jiménez Murillo L. Medicina de Urgencias y emergencias, 4ª edición. Barcelona: Elsevier, 2010:320-33.
2. Pemberton JH. Clinical manifestations and diagnosis of acute diverticulitis in adults. UpToDate, 2015.

*Palabras clave:* Abdomen agudo. Diverticulitis.