



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4120 - UN DOLOR DE BARRIGA ANODINO PUEDE FINALMENTE NO SER INESPECÍFICO

C. Martínez Alfaro<sup>a</sup>, A. Muros Ortega<sup>b</sup>, C. Castillo Moreno<sup>b</sup>, J. Pérez Pascual<sup>c</sup>, S. García López<sup>d</sup> y A. Serrano García<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Albacete. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 4. Albacete. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Albacete. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Zona 8. Albacete.

### Resumen

**Descripción del caso:** Antecedentes personales: no RAMC. No HTA. No DM. Esofagitis por reflujo. Hipercolesterolemia. CPRE por cólico biliar. Urticaria crónica. Tratamiento: cetirizina, omeprazol y simvastatina. Enfermedad actual: 1<sup>a</sup> consulta en atención primaria: Dolor en epigastrio desde hace 3 días que refiere como continuo pero que en ocasiones aumenta su intensidad y calma al ventosear. No irradiado. No fiebre ni sensación distérmica. No náuseas ni vómitos. Refiere aumento del esfuerzo defecatorio con el proceso y virosis los dos primeros días. EF: T<sup>a</sup> 36,0 °C. BEG. CyO. ACP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Tonos cardiacos rítmicos, sin soplos, roces ni extratonos. Abdomen blando y depresible. No se palpan masas ni regalías. RHA positivos. Molestias a la palpación de nivel de epigastrio y región paraumbilical derecha sin signos de irritación peritoneo. Se envía a urgencias: Rx: heces y gas abundante en marco cólico. No formaciones litiásicas. Líneas de psoas visibles y simétricas. Lab: LDH 501, CK 185 Hb 16,6 Htco 49,2. Plaquetas 192.000, leucocitos 10,280, neutrófilos 7.110. Se diagnostica de dolor abdominal inespecífico y se pauta tratamiento con omeprazol, Nolotil y Motilium. 2<sup>a</sup> consulta: tras 5 días de tratamiento, el paciente vuelve a acudir a consulta de Atención primaria refiriendo un dolor que se localiza en fosa iliaca derecha. Refiere sensación distérmica en los últimos días. Ante esta situación se decide enviar de nuevo a urgencias dónde se realiza una analítica y una ecografía abdominal.

**Exploración y pruebas complementarias:** Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en FID, con defensa. Blumberg positivo. Rosving negativo. Lab: LDH 337 CK 97. Hb 16,4. Htco: 46,7. Plaquetas 179.000. Leucocitos 9.790. Neutrófilos 6.770. Ecografía: en FID se observan signos de apendicitis aguda evolucionado con plastrón apendicular.

**Juicio clínico:** Plastrón apendicular.

**Diagnóstico diferencial:** Dispepsia funcional.

**Comentario final:** Un dolor abdominal persistente que no mejora con tratamientos habituales para la dispepsia, debe ser reevaluado pudiendo, en ocasiones, aparecer patologías de base enmascaradas.

### Bibliografía

1. Rodríguez Conde N, Oller Sales B, Troya Díaz J. Apendicitis aguda. Integración del diagnóstico por la imagen y abordaje clínico. Cirugía. Casos Clínicos. 2007;2(1):2-7.

2. Rodríguez Torres G, Pacheco PX, Schaffer SP, Corio R. Dolor abdominal. ResiUrgencias: Manual de manejo y tratamiento de pacientes con patologías médicas agudas y urgentes. Semergen. 2016. p. 54-7.

**Palabras clave:** Apendicitis. Dolor abdominal.