



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

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

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

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Albacete. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 4. Albacete. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Albacete. ^dMédico 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^a 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^a 36,0 °C. BEG. CyO. ACP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Tones 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^a 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 donde 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.