



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4692 - DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

G. Rijo Nadal^a, A. Aldama Martín^b, A. Casal Calvo^b, A. Asturias Saiz^c, R. Taipe Sánchez^a y F. Francisco González^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 50 años, con antecedentes de alcoholismo crónico con hepatopatía crónica, esofagitis péptica IV, ulcus antral, sin IQ ni tratamiento habitual, que continúa acudiendo a nuestra consulta por molestias en fosa renal izquierda, fiebre y orina fétida de 15 días de evolución con labstix negativo, que persiste a pesar de antibioterapia empírica y derivada a urgencias que es diagnosticada de cólico nefrítico. En la última consulta paciente agrega dificultad con movilización de la pierna izquierda con empeoramiento del estado general sin otros síntomas, por lo cual se decide derivar nuevamente al hospital para analítica y prueba de imagen.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, TA: 90/60 mmHg, FC: 98 lpm, saturación O₂: 99%, eupneica, consciente, alerta. CyC: normal. ACP: normal. Abdomen: RHA(+), blando, depresible, no doloroso, no masas, PPRI: dudoso. Hemograma: leucocitos: 20,6, segmentados: 82%, cayados: 2%, hemoglobina: 9,9. Hto: 30,1%, plaquetas: 803. Resto normal. Bioquímica: urea: 20. Función renal: normal, BT: 0,8, AST: 73, ALT: 66, GGT: 495, FA: 201, amilasa: 32. Iones: normales, PCR: - 25 mg/dl, lactato: 11,5, procalcitonina: 4,29. EyS: negativo. Cultivo-absceso: S. constellatus. Rx-abdomen: normal. TAC-abdomino-pélvico: colección retroperitoneal izquierda polilobulada (17 cm), en contacto con labio posterior del riñón cuya cortical posterior es irregular, que contacta con músculos psoas y cuadrado lumbar, en probable relación con absceso de larga evolución.

Juicio clínico: Absceso retroperitoneal izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Pielonefritis aguda. Diverticulitis aguda. Embarazo ectópico.

Comentario final: Ingresada en urología y se decide punción percutánea del absceso con antibioterapia (meropenem). Se da el alta a los 12 días por evolución satisfactoria, comprobada por ecografía. Con este caso he querido resaltar que el dolor abdominal es una de las causas más frecuentes de consultas en AP y urgencias, y la mayoría de los pacientes tienen una etiología auto-limitada, pero es importante que cómo médico ya sea en AP o urgencias realizar una buena historia clínica, exploración física e identificar los pacientes con criterios de alto riesgo como en está paciente que ya es derivado dos veces por su MAP, con un dolor subagudo y con AP de interés. También es importante que como médico de familia no abandonar los pacientes y confiar en ellos, como es en este caso que su MAP insiste en derivar esta paciente en dos ocasiones ya que un dolor abdominal persistente a pesar de tratamiento es criterio de derivación hospitalaria y descartar posibles complicaciones.

Bibliografía

1. <http://fisterra.scsalud.csinet.es/guias-clinicas/dolor-abdominal-agudo/>.
2. http://uptodates.scsalud.csinet.es/contents/renal-and-perinephric-abscess?source=search_result&search=pielonefritis%20abscess&selectedTitle=1~83.
3. http://uptodates.scsalud.csinet.es/contents/acute-complicated-cystitis-and-pyelonephritis?source=search_result&search=pielonefritis%20abscess&selectedTitle=2~83.

Palabras clave: Dolor abdominal. Absceso retroperitoneal.