



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

242/1222 - RECONSULTA: ¿PACIENTE GRAVE O AGOTADOR?

P. Mostaza Gallar^a, P. Matías Soler^b, L. Matus^c, P. Fabero Cruz^d, C. Gil Rojo^d y J. López Martínez^e

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eloy Gonzalo. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Águilas. Madrid. ^cMédico Residente de medicina de familia y comunitaria. Centro de Salud Eloy Gonzalo. Madrid. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Las Águilas. Madrid. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espronceda. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 52 años con AP de CRU de repetición. Acude a nuestro centro de salud por dolor en hemiabdomen inferior junto con vómitos, no fiebre ni síntomas urinarios, le recuerda a cólicos previos, a la exploración dolor en FID PPRB-, se deriva a urgencias. Allí se realiza analítica con leucocitosis 14.800, PCR 8 SO: microhematuria, Rx abdomen: litiasis izquierda. Se diagnostica de CRU dándole de alta. Al día siguiente vuelve nuestra consulta con dolor epigástrico intenso irradiado a fosa ilíaca derecha además de dolor lumbar, junto con vómitos y diarrea. No fiebre ni clínica miccional. Le derivamos de nuevo a urgencias, se realiza TAC donde se observa apendicitis perforada con líquido libre. Se avisa a cirugía general para valoración y se decide tratamiento quirúrgico urgente.

Exploración y pruebas complementarias: TA 110/79 mmHg. FC 110 lpm. Sat 96%. T^a 36 °C. Abdomen: doloroso de forma difusa a la palpación superficial y profunda, con signos de irritación peritoneal, RHA disminuidos. PPRB-. Analítica: hb 14,1n, leucocitos 3.200, plaquetas 173.000, neutrófilos 84%, PCR 49, INR 1,5, NA 136, K 4,09, crea 0,91. Gasometría: pH 7,33, HCO₃ 23,3, lac 2,1 SO: microhematuria leve y leucocituria Rx abdomen: niveles hidroaéreos. TAC abdominal: apendicitis perforada y líquido libre.

Juicio clínico: Apendicitis perforada.

Diagnóstico diferencial: Cólico renoureteral, perforación víscera hueca, isquemia intestinal.

Comentario final: Es habitual que los pacientes refrecuenten nuestros servicios. Este perfil de pacientes pueden estar infravalorados debido a que son hiperfrecuentadores y que suelen presentar patología banal. Dentro de este perfil hay excepciones que pueden tener de inicio un diagnóstico erróneo y en su lugar padecer una patología grave con un diagnóstico tardío y con las consecuencias que conlleva, aumentando así la morbilidad. Este caso nos lleva a concluir que debemos plantearnos un diagnóstico diferencial más amplio para estos pacientes y detenernos más a pesar del poco tiempo disponible en nuestras consultas.

Bibliografía

1. Iacobellis F, Iadevito I, Romano F, et al. Perforated Appendicitis: Assessment With Multidetector Computed Tomography. *Semin Ultrasound CT MR*. 2016;37(1):31-6.

Palabras clave: Apendicitis. Perforada. Reconsulta.