



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/363 - DOLOR ABDOMINAL TRAICIONERO

V. Pérez Villacorta^a, J. Villar Ramos^b, A. Altadill Bermejo^c y L. Moreno Suárez^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Sierrallana. Santander. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. ^dMédico Residente de Cabezón de la Sal.

Resumen

Descripción del caso: Niña de 6 años, acude por fiebre de 2-3 días de evolución, cefalea, dolor abdominal y disuria tras realización de pruebas complementarias se diagnostica de faringoamigdalitis aguda vírica y ITU. Acude nuevamente a urgencias por dolor costal derecho y persistencia de fiebre con mala tolerancia a medicación. Mientras que se estaba valorando realiza un episodio de pérdida de conocimiento, palidez cutánea y desviación ocular sin realizar movimiento tónico-clónicos. No pérdida de control de esfínteres. Recupera espontáneamente en aproximadamente 45 segundos con hipotensión, empeoramiento del estado general por lo que se inicia expansión de SSF a 20 ml/kg y tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona. En este contexto y presenta dos nuevos episodios de mismas características de escasa duración asociando midriasis que responde espontáneamente. En resultado analítico donde se objetiva leucocitosis con desviación izquierda con RFA elevados por lo que ante sospecha de sepsis se decide comentar el caso con UCI.

Exploración y pruebas complementarias: TA 87/47, FC 147, SatO2 98%. Glu 180. ORL: faringe sin alteraciones AC: rítmica, no se oyen soplos en el momento actual. Relleno capilar discretamente enlentecido. AP: MVC, crepitación en base derecha. Abdomen: blando, depresible, dudosos dolores a la palpación profunda generalizada. Hemograma y bioquímica: proteína C reactiva 18,1 mg/dL, procalcitonina 21,08, leucocitos 21,7, hemoglobina 10,5 g/dL, hematocrito 31,5%, VCM 74, metamielocitos 2,0%, cayados 10%, segmentados 67%, linfocitos 17%. Sedimento: hematíes de 3-5, leucocitos entre 15-30. Rx tórax: neumonía del segmento posterior del lóbulo superior derecho. Eco torácica y abdominal: impactación fecal rectosigmoidea. Neumonía probablemente necrotizante con escasa reacción pleural.

Orientación diagnóstica: Sepsis de origen respiratorio. Neumonía lóbulo superior derecho.

Diagnóstico diferencial: ITU. Infección respiratoria.

Comentario final: Se trata por tanto de una niña con dolor costal derecho, fiebre e hipotensión que en la analítica muestra RFA y leucocitosis con desviación izquierda. Precisó ingreso en UCIP tras administrar sueroterapia y antibioterapia empírica ante sospecha de NAC. No realiza nuevas crisis pero persiste dolor abdominal intenso que requiere analgesia intensa. Ante hallazgos como dolor abdominal localizado en hipocondrios o dolor costal habría que valorar como posibilidad diagnóstica una neumonía.

Bibliografía

1. Etiología y diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad y sus formas complicadas. An Pediatr (Barc). 2012;76(3):162.

Palabras clave: NAC. Sepsis. Pediatría.