

347/1789 - DOCTOR, ¡ES LA 3^a VEZ QUE VENGO!

M. Delgado Ortega^a, M. Ruiz Granada^b y A. Sayago Alcázar^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alameda-Perchel. Málaga. ^bMédico de Familia. Hospital de Antequera. Málaga. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alameda-Perchel. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 22 años. NAMC. Fumadora 4 cig/día. Ovario poliquístico. Sin otros antecedentes de interés. Acude por tercera vez a Urgencias por dolor abdominal de unos 5 días de evolución, que se inició en fosa iliaca derecha, con generalización posterior al resto de abdomen, fiebre de hasta 40 °C en las últimas 48h, asociando náuseas y vómitos. No diarrea, últimas deposiciones hace 48 h normales. No clínica miccional. No viajes recientes, no ambiente epidemiológico ni antecedentes familiares de interés. Relación sexual sin protección hace un mes. Con ciprofloxacino desde hace 48 horas sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: AEG, 37,5 °C, leve taquicardia a 115 lpm; resto de constantes normales. Auscultación cardiorrespiratoria normal, sin alteraciones. Abdomen blando, depresible, con molestias a la palpación de flanco izquierdo y derecho. Murphy y Blumberg negativos. No irritación peritoneal. Puñopercusión renal bilateral negativa. En analítica destaca 14.750 leucocitos (11.830 neutrófilos), TP 65,6%, INR 1,25. Función renal e iones normales. GGT 123. FA 86. BT 0,62. PCR 277 (en ascenso respecto a días previos). Orina con proteínas, leucocitos y hematies; nitritos negativos. Prueba embarazo negativa. Ecografía abdominal sin hallazgos significativos.

Orientación diagnóstica: Ante los hallazgos exploratorios y analíticos se contactó con Digestivo de guardia, que tras su revaloración, decidió ingreso para estudio, ya que se trataba de un dolor abdominal con fiebre y vómitos sin datos claro de una etiología causante del cuadro

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis. Colitis/ileítis infecciosa. Apendicitis.

Comentario final: Tras el ingreso, se realizó TAC abdominopélvico donde se encontró áreas hipodensas en riñón derecho sugestivas de focos de pielonefritis, junto con algunas litiasis renales milimétricas bilaterales. Fue valorada por Urología en conjunto y tras 8 días de tratamiento ATB IV y buena evolución se dio de alta. Todo ello pone de manifiesto que, a pesar de una minuciosa anamnesis realizada y de los resultados de las pruebas complementarias, a veces es difícil dar un diagnóstico de certeza; por ello considero el trabajo multidisciplinar con los distintos especialistas como clave para orientar correctamente el diagnóstico.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Palabras clave: Pielonefritis. Gastroenteritis. Dolor abdominal.