



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.semmergen.org>



424/2796 - DOLOR ABDOMINAL

V. Ramiro Verdugo¹, V. Pérez Vázquez², Á. Falcón Méndez¹ y M. Masot León¹

¹Médico Residente. Centro de Salud Dr. Federico Rubio. El Puerto de Santa María. Cádiz. ²Médico Internista. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 43 años. AP: CRU de repetición, hernias discales L4-S1. Varias visitas a urgencias por dolor en FID irradiado a genitales. Cólico. Náuseas y vómitos. Rebelde a analgesia. Afebril. Ingreso en 2016 en urología sin diagnóstico. Mal control del dolor durante el ingreso.

Exploración y pruebas complementarias: Urgencias. EF: abdomen: RHA (+). ByD. Doloroso a la palpación superficial y profunda en FID. Sin signos de irritación peritoneal. Murphy (-). PPRB (-). Resto normal. Sistemático de orina: hematuria. Analítica, ecografía renal, TC de abdomen, valoración ginecológica. Sin hallazgos relevantes. Ingreso: Tc abdominopélvico con contraste: Engrosamiento pseudonodular de la pared posterior del recto inferior. RMN lumbosacra: útero en retroflexión. Protrusiones discales L4-L5, L5-S1. Protrusión de disco L4-L5 de predominio paramediano y foraminal izquierdas. Discreta protrusión L5-S1. Resto sin hallazgos. RMN abdominopélvica: Lesión de aspecto quístico en espacio retrorrectal, con tabiques finos en su interior. A valorar como primeras opciones: quiste epidermoide o hamartoma quístico retrorrectal (quiste Tail-Gut).

Orientación diagnóstica: Quiste Tail-Gut. 50% casos asintomáticos. Incidentaloma. 50% síntomas diversos estreñimiento, tenesmo rectal, clínica miccional, dolor FI irradiado hacia periné...

Diagnóstico diferencial: CRU: dolor FI. Hematuria. Imágenes litiasicas en TC. Apendicitis aguda retrocecal: Elevación RFA. Dx ecografía abdominal o TC. Lumbalgia mecánica: Dolor a punta de dedo. Aumento tono musculatura paravertebral. Embarazo ectópico: b-HCG (+). Dx ecografía abdominal. Aneurisma de AA: Masa pulsátil. Dx TC.

Comentario final: Tras intervención quirúrgica, en la que se extrajo una pieza de unos 5 cm (AP: Hamartoma quístico. Quiste Tail-Gut), la paciente mejoró significativamente de la clínica de dolor abdominal por la que ingresó.

Bibliografía

1. Ostiz, M, Yanguas N, Jiménez G, et al. Hamartoma quístico retrorrectal (tailgut cyst): una causa infrecuente de dolor abdominal recurrente. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2017;40(2):303-7.
2. Cuartero V, López J, Carrero J, Nevado M. Hamartoma quístico retrorrectal: hallazgos

radiopatológicos.

Palabras clave: Dolor abdominal. CRU. Quiste Tail-Gut.