

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

424/1087 - DOLOR ABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Castro Delgado¹, P. Barboza Trujillo¹ y B. Vallecillo Rico²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz.²Médico Residente de Medicina Interna. Hospital Punta de Europa. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 26 años conocida de nuestro cupo, con antecedentes personales de enfermedad de Crohn diagnosticada en 2013, intervenida de apendicitis ese mismo año. Niega hábitos tóxicos. Paciente mujer de 26 años conocida de nuestro cupo, con antecedentes personales de enfermedad de Crohn diagnosticada en 2013, intervenida de apendicitis ese mismo año. Niega hábitos tóxicos. En tratamiento actual con infliximab. En las últimas semanas consultó por diarreas y dolor abdominal, (coprocultivo y toxina de C. difficile ya solicitadas). Acudió a consulta en esta ocasión refiriendo que orina pepitas de sésamo tras comer en restaurante de comida rápida, acompañado de dolor abdominal de mal control de un mes de evolución, diarreas sin productos patológicos y disuria.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, consciente, orientada y colaboradora, eupneica en reposo. Afebril. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, no soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación en mesogastrio e hipogastrio. No masas ni megalías, no signos de irritación peritoneal, Blumberg y Murphy negativos, puñopercusión renal negativa. Extremidades: no edemas ni signos de TVP, pulsos simétricos. Revisamos pruebas solicitadas con anterioridad: Toxina de C. difficile negativa. Coprocultivo: discibacteriosis por levaduras. Realizamos ecografía abdominal en el Centro de salud: hígado de tamaño y ecoestructura normal sin lesiones focales. Páncreas parcialmente visible sin hallazgos. Vesícula biliar anecoica, con grosor parietal normal. Porta y vía biliar normales. Bazo homogéneo. Riñones de tamaño, situación y ecoestructura conservada sin dilatación de la vía excretora. Engrosamiento de asas de delgado con meso engrosado y líquido libre intraperitoneal en pequeña cuantía en la pelvis menor. Anterior y contactando con vejiga apreciamos colección de unos 35 × 21 mm. Derivamos a paciente a Urgencias tras estos hallazgos.

Orientación diagnóstica: Sospecha de absceso supravesical.

Diagnóstico diferencial: Fístula entero-vesical, absceso supravesical, gastroenteritis,colitis isquémica, pielonefritis, apendicitis, enfermedad pélvica inflamatoria.

Comentario final: Durante el ingreso la paciente fue tratada con antibioterapia intravenosa y corticoterapia, tras TAC abdominal y RMN, se diagnosticó de absceso supravesical en relación con brote de enfermedad de Crohn (ileítis fistulizante) por refractariedad a tratamiento con infliximab por formación de anticuerpos, lo que conllevó a la formación de una fístula enterovesical. Se cambió el tratamiento biológico por ustekinumab con buena respuesta.

Bibliografía

1. Keighley MR, Eastwood D, Ambrose NS, Allan RN, Burdon DW. Incidence and microbiology of abdominal and pelvic abscess in Crohn's disease. *Gastroenterology*.

Palabras clave: Absceso abdominal. Enfermedad de Crohn.