

424/3477 - ¿SOLICITO ESA ECOGRAFÍA?

D. Álvarez Menéndez¹, B. Botana Fernández², J. Alonso Argüelles³ y S. Frechoso Cañedo⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sama. Langreo. Asturias. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sotresgudo. Asturias. ³Médico de Familia. Centro de Salud de Sotresgudo. Asturias. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Riaño. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 59 años. No alergias conocidas. Dislipémico e hipertenso a tratamiento farmacológico, sin otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Acude al servicio de Urgencias por dolor abdominal bajo, localizado en región hipogástrica, con dudoso inicio en FID, de 10 días de evolución. Refiere que el dolor aumenta con los movimientos y que cede prácticamente de forma completa con analgesia con paracetamol. Además acompaña molestias con flatulencias, ruidos intestinales y dispepsia. Niega otra clínica acompañante (náuseas, vómitos, alteraciones del hábito intestinal, clínica urinaria u otra clínica de interés). Actualmente se encuentra asintomático.

Exploración y pruebas complementarias: COC. Normocoloreado y normohidratado. Bien perfundido. Excelente estado general. ACP: Normal. Abdomen: blando, depresible, levemente doloroso a la palpación profunda en FID, sin defensa ni signos de irritación peritoneal. Blumberg y Murphy negativos. PPR Bilateral -. Ruidos conservados. No masas ni megalías. Analítica completa incluida orina: normal, salvo leve anemia de 12,3. No leucocitosis. Reactantes de fase aguda normales (PCR 15, fibrinógeno 412) Se decide solicitar ecografía abdominal para completar estudio, donde se observa edema del meso de vecindad en asas de zona de FID, por lo que el radiólogo realiza TAC de abdomen: marcados signos inflamatorios en FID, apreciándose apéndice engrosado en el contexto de apendicitis evolucionada, no abscesificada. Desestructuración y probable rotura del extremo distal, no aparentes colecciones a distancia. Edema asociado por vecindad de íleon terminal.

Orientación diagnóstica: Apendicitis evolucionada no abscesificada.

Diagnóstico diferencial: Infección tracto urinario. Tumores intestinales. Enfermedad inflamatoria intestinal.

Comentario final: La ecografía es una prueba no cruenta, accesible y barata y no se debería desestimar su uso ante el más mínimo síntoma o signo diferente de la normalidad, pues facilita una valoración rápida y completa del paciente, o al menos de su patología urgente. Como médicos de familia deberíamos exigir y/o realizar formación en materia de ecografía en el ámbito de la urgencia y como un método de exploración más.

Bibliografía

- Blackstock U, Michale B, Stone M. Emergency Ultrasound and error reduction. Ann Emerg Med. 2009;54:53-5.

2. Nogué Bou R. La ecografía en medicina de urgencias: una herramienta al alcance de los urgenciólogos. *Emergencias*. 2008;20:75-7.

Palabras clave: Ecografía. Urgencias. Dolor abdominal.