

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

424/3855 - A PROPÓSITO DE UN CASO: ABDOMEN AGUDO, ¿QUIRÚRGICO?

M. Delgado Rodríguez¹, M. López Vellibre², A. Luján Mercader³ e I. Sosa Pérez⁴

¹Médico de Familia. Consultorio Santiago de La Ribera. Centro de Salud San Javier. Murcia.²Médico de Familia. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia. ³Médico de Familia. Consultorio La Vaguada. Centro de Salud Molinos Marfagones. Murcia.⁴Consultorio Santiago de La Ribera. Centro de Salud San Javier. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 49 años, que acude a consulta como urgencia, por dolor abdominal agudo a nivel de hipocondrio derecho, que comenzó tras ingesta de alimentos hace 72 horas. Afebril, no vómitos, ni diarrea. Tras exploración abdomen con Blumberg positivo, se decide derivar a urgencias hospitalarias, con sospecha de apendicitis aguda. Siendo en estos casos fundamental el diagnóstico diferencial precoz para llevar a cabo el tratamiento adecuado. La clínica, junto con la tomografía axial computarizada (TAC) nos darán el diagnóstico de certeza.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: blando y depresible, sin masas ni visceromegalias, Blumberg: positivo, Murphy: dudosos, Rovsing: negativo. Analítica: proteína C reactiva: 3,5 mg/l, resto normal. Ecografía abdominal: sin hallazgos significativos. TAC abdómino-pélvico: inflamación intrabdominal, a nivel de la grasa del flanco derecho (adyacente al colon ascendente), en probable relación con apendicitis epiploica asociada a pequeño infarto omental.

Orientación diagnóstica: Apendicitis epiploica. Está relacionada con la necrosis de un apéndice epiploico (que son formaciones de grasa pediculadas, rodeadas por peritoneo visceral que discurren desde el ciego hasta el sigma), por torsión del pedículo o trombosis venosa espontánea o secundaria a inflamación de órganos adyacentes. La sospecha clínica, junto con la realización de ecografía abdominal y fundamentalmente el TAC nos darán el diagnóstico de certeza. Lo cual es fundamental, ya que en esta entidad, el tratamiento no es quirúrgico, ni precisa antibióticos, sino la toma de antiinflamatorios no esteroideos durante 7-10 días.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda. Diverticulitis. Colecistitis aguda. Tumores o metástasis del mesocolon.

Comentario final: Es una enfermedad infra-diagnosticada, con resolución espontánea de los síntomas en menos de dos semanas. Los factores de riesgo son: obesidad, hernia abdominal, pérdida brusca de peso ejercicio físico intenso y transgresiones dietéticas entre otras. En el diagnóstico diferencial de abdomen agudo, debemos tener presente la apendicitis epiploica, para evitar errores diagnósticos y terapéuticos.

Bibliografía

1. Sand M, Gelos M, Bechara FG, Sand D. Epiploic appendagitis-clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. BMC Surgery. 2007;7:11.

Palabras clave: Abdomen agudo. No quirúrgico.