Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):3022

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/2087 - ANTE LA RECURRENCIA, AMPLIA TUS SOSPECHAS

M. Andrés Servert[1], B. González Robles[2], I. Miguel Calvo[3] y A. Ramos Pérez[4]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Madrid.[2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid.[3]Médico de Familia. Centro de Salud Segovia. Madrid.[4]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 52 años con antecedentes de endometriomas ováricos que acude a consulta de Atención Primaria por fiebre de 48 horas de evolución de hasta 40 ºC, con polaquiuria y tenesmo vesical, asociando dolor en fosa renal y flanco izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 121/75 mmHg, FC: 90 lpm, Tª 36,8 ºC. Presenta dolor en flanco izquierdo con puñopercusión renal (PPR) dudosamente positiva. Se realiza ecografía sin aparentes hallazgos. Ante la sospecha de pielonefritis aguda se deriva a urgencias hospitalarias. En analítica destaca neutrofilia de 9.200/ul, PCR 30,8 mg/l, test de embarazo negativo y sistemático de orina con hematíes aislados. Se realiza ecografía abdominal siendo normal y ecografía vaginal mostrando endometrioma en ovario izquierdo sin cambios con respecto a estudios previos. Se diagnostica de cólico-renoureteral complicado (CRUC) y se pauta cefditoreno. Acude a Urgencias 3 días más tarde por persistencia de fiebre de hasta 38 ºC y ligera mejoría del dolor abdominal. Se encuentra en el 3º día de menstruación. Está estable con TA 131/79 mmHg, FC. 102 lpm, Tª: 37 ºC; destacando dolor a la palpación profunda en ambas fosas iliacas con signos de peritonismo y PPR negativa. En analítica destaca neutrofilia 9.800/ul y PCR 17,9 mg/l. Ante la persistencia de la sintomatología, a pesar de realizar una nueva ecografía abdominal sin cambios, se realiza TC abdominal objetivando lesiones tubo-ováricas bilaterales con signos de sobreinfección. Dados los hallazgos se inicia antibioterapia con cefoxitina y metronidazol con ingreso hospitalario.

Orientación diagnóstica: La primera sospecha diagnóstica en esta paciente es pielonefritis aguda/CRUC.

Diagnóstico diferencial: En una mujer con dolor abdominal y fiebre debe descartarse diverticulitis aguda, endometriosis, quiste ovárico complicado, enfermedad Inflamatoria pélvica, embarazo ectópico y enfermedad inflamatoria intestinal entre otras causas.

Comentario final: Ante la persistencia de síntomas a pesar de tratamiento dirigido, si no ha mejorado, es importante reinterrogar a los pacientes para ampliar las sospechas diagnósticas. Además, reflexionar sobre posibles errores humanos evitables ante un reingreso

Bibliografía

1. Hayward J, Hagtvedt R, Ma W, Gauri A, Vester M, Holroyd BR, et al. 2018. Predictors of Admission in Adult Unscheduled Return Visits to the Emergency Department. West J Emerg Med. 2018;19(6):912-8.

Palabras clave: Enfermedad peritoneal. Absceso. Readmisión.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.