

424/3991 - ENMASCARAMIENTO DE CUADRO DE ABDOMEN AGUDO POR POSIBLE ANTIBIOTERAPIA PREVIA

M. Pinilla de Torre¹, M. Pinilla de Torre² y S. Álvarez López³

¹Médico Residente de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²Médico de Familia. Centro de Salud La Algaba. Sevilla. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Madridejos. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 17 años, sin reacciones adversas a medicamentos en tratamiento antibiótico con amoxicilina por hipertrofia amigdalar sin placas exudativas, acude a su Centro de Salud por sensación febril y dolor abdominal de varios días de evolución con vómitos y deposiciones diarreicas. Señala dolor en fosa ilíaca derecha.

Exploración y pruebas complementarias: Discreta afectación del estado general. Bien hidratada y perfundida. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible con dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha con dudosos signos de peritonismo con signo de Blumberg dudosamente positivo. Se decide derivación a su hospital de referencia donde queda ingresada en observación. En pruebas complementarias destaca hemograma: leucocitos 10.580/?L con 8.880 neutrófilos/?L. Coagulación: normal. Bioquímica: función renal e iones normales. PCR 180 mg/l. Evolución desfavorable, presentando vómitos incoercibles, junto a hipotensión arterial y abdomen en tabla, ampliando estudio con TAC abdominal que objetiva apéndice dilatado con apendicolito en su interior en relación con apendicitis aguda y abundante captación de contraste del peritoneo en relación con peritonitis. Se decide cirugía urgente realizando apendicectomía cecal. Tras ello ingresa en UCI, donde evoluciona favorablemente.

Orientación diagnóstica: Impresionaba de posible abdomen agudo sin claros signos en la exploración física de peritonitis, pero la hipotensión arterial junto a abdomen en tabla, indicaba claramente un cuadro de peritonitis aguda que se confirmó en el TAC de abdomen que objetivó la apendicitis aguda complicada con perforación.

Diagnóstico diferencial: Pancreatitis aguda. Apendicitis aguda. Isquemia mesentérica. Perforación de víscera hueca. Gastroenteritis aguda. Litiasis renal. Hiperglucemias.

Comentario final: La hipertrofia amigdalar sin presencia de placas ni exudados no es indicación de pautar tratamiento antibiótico y su mal uso puede enmascarar datos clínicos y analíticos de otros procesos infecciosos e influir en una mala evolución del cuadro. Además, ante un dolor abdominal que asocia Blumberg dudosamente positivo que puede enmascarar un cuadro de peritonitis aguda, debemos derivarlo a su hospital de referencia para realización de pruebas complementarias y observación de su evolución.

Bibliografía

1. Evaluation of the adult with abdominal pain. UpToDate, 2019. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-abdominal-pain>
2. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. UpToDate, 2017. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-abdominal-pain-in-the-emergency-department>

Palabras clave: Antibiótico. Apendicitis. Peritonitis.