

## 424/3163 - PATOLOGÍA INTRAABDOMINAL MÁS FRECUENTE

B. Torrecilla Ramírez<sup>1</sup>, H. Real Gelardo<sup>1</sup>, P. Naharro Floro<sup>2</sup> y L. Ruiz Albaladejo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Infante. Murcia.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 48 años que consulta por dolor abdominal generalizado de cinco horas de evolución asociado a náuseas y cuatro vómitos de contenido bilioso. No fiebre. No alteración del hábito intestinal. No síndrome miccional. No ambiente epidémico. No otra sintomatología. Antecedentes personales: sin interés.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. No focalidad neurológica. TA 113/62, FC 94, T<sup>o</sup> 35,3 °C. AC: rítmico sin soplos AP: normal Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio y en fosa ilíaca derecha (FID). No masas ni visceromegalias. Blumberg positivo. Rovsing negativo. Murphy negativo. Analítica: creatinina 1,02, leucocitos 17.500 con 89% neutrófilos. Coagulación normal. Ecografía abdominal urgente: apéndice cecal aumentado de calibre (de hasta 9 mm), no compresible, con contenido ecogénico en su interior (sugestivo de pus/detritus) y leve tumefacción de la grasa adyacente, todo ello compatible con apendicitis aguda.

**Orientación diagnóstica:** El síntoma principal, el dolor abdominal, no suele presentarse como único síntoma. Comienzo e irradiación pueden ser de ayuda a enfocar el diagnóstico: Los procesos inflamatorios comienzan de una manera progresiva. El inicio súbito es más típico de un cuadro perforativo. La irradiación de epigastrio a fosa ilíaca derecha es típica de apendicitis aguda. La anorexia suele estar presente en la mayoría de los casos de dolor FID de causa inflamatoria. El aumento de la temperatura puede oscilar desde febrícula a fiebre alta. Es importante indagar sobre cambios en el hábito intestinal.

**Diagnóstico diferencial:** Características clínicas de las principales causas de dolor en FID. Dolor abdominal y shock (embarazo ectópico roto, rotura aneurisma aorta abdominal). Irritación peritoneal localizada (apendicitis aguda, diverticulitis de sigma redundante, neoplasia colorrectal complicada, patología urológica o ginecológica). Irritación peritoneal generalizada (apendicitis aguda perforada, úlcera péptica perforada, perforación de colon, patología urológica o ginecológica). Obstrucción intestinal (íleo paralítico secundario a proceso inflamatorio intrabdominal, obstrucción intestinal secundaria a plastrón inflamatorio o neoplasia colorrectal complicada).

**Comentario final:** La apendicitis es una afección potencialmente mortal y requiere atención médica inmediata. La condición es muy probable que empeore cuanto más tiempo se deja sin tratamiento. Retrasar el diagnóstico es muy peligroso ya que la evolución puede hacer que el apéndice se termine perforando, generando una peritonitis y un cuadro infeccioso más complicado.

## Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

**Palabras clave:** Inflamación aguda. Cirugía.