



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

482/978 - INFORMACIÓN A PUNTA DE DEDO. A PROPÓSITO DE UN CASO

K. Kisluk¹, C. Imbernon García², J. Arquillos Domínguez³, G. Ibáñez Martínez¹, E. Moya Villodre⁴, M. Clemente Abenza⁴, C. Pérez Peñarrubia⁵, J. Cayuela Espí⁶, J. Ramos González² y E. Sequeda Vázquez²

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Unión. La Unión. Murcia. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Unión. La Unión. Murcia. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Unión. La Unión. Murcia. ⁴Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Cartagena. Murcia. ⁵Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Torres de Cotillas. Las Torres de Cotillas. Murcia. ⁶Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Unión. La Unión. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 28 años con antecedentes de poliartralgias y uveítis bilateral que acude por dolor de características inflamatorias en ambos glúteos de 4 días de evolución que aumenta durante el descanso nocturno. Niega fiebre, no rectorragia.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente y orientada, afebril. Abdomen blando y depresible. No doloroso a la palpación, no masas ni organomegalias. No signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. Puñopercusión renal bilateral negativa. Tacto rectal: hemorroide externa sin signos de trombosis, esfínter normotónico, ampolla rectal vacía, dedil limpio. Tacto doloroso, no se palpa masas ni aumento de temperatura local. No apofisalgia. No dolor musculatura paravertebral lumbar. Dolor a la palpación región glúteo medial bilateral. Dolor a la flexoextensión del tronco. Caderas libres. Lasègue y Bragard negativos. Rx columna lumbosacra: no se observan signos de patología ósea aguda. Rectificación lordosis lumbar. Rx pelvis: esclerosis de las superficies articulares, no cumple criterios de sacroileítes en el momento actual. Analítica: PCR 4,92, Leu 12.600 (Neu 9.390, 72%), sin otras alteraciones significativas.

Orientación diagnóstica: Artralgia.

Diagnóstico diferencial: Absceso perianal, Crisis hemorroidal.

Comentario final: La paciente volvió por el mismo motivo a Servicio de Urgencias seis días después presentando induración no fluctuante ni supurativa en rafe anal posterior, caliente, eritematosa y dolorosa a la palpación. Se inició tratamiento antibiótico con Amoxicilina/clavulánico. Tres días después la paciente empezó con febrícula y rectorragia de sangre roja tras defecación, por lo cual volvió a Urgencias donde se valoró por parte de Cirugía objetivando absceso perianal derecho drenado espontáneamente con 3 orificios amplios, supuración abundante y flemorización glútea. La importancia de realización del tacto rectal a pesar de las molestias que le causaba a la paciente podría habernos dado la información precisa para acertar con el diagnóstico desde el principio de la clínica y evitar el retraso en el diagnóstico. En este caso concreto hay que hacer hincapié en la colaboración con los cirujanos de guardia para realizar una exploración minuciosa conjunta, y si precisa, drenaje del absceso, que debería haberse realizado durante la segunda estancia en Urgencias.

Bibliografía

1. De Miguel Velasco M, Oteiza Martínez F. Abscesos y fístulas anales. Coloproctología. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. 2012.

Palabras clave: Absceso. Artritis.