



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 264/204 - DOS MÁS DOS NO SIEMPRE SON CUATRO

M. Gutiérrez Jansen<sup>a</sup>, R. Reina González<sup>b</sup> y L. Ginel Mendoza<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

<sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

<sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 48 años que acude por sensación distérmica y debilidad en miembro inferior izquierdo. Antecedentes médicos: obeso, fumador de 2,5 paquetes-día, bebedor ocasional. Hepatitis C controlada en Digestivo. Pescador de profesión. Tras trabajar a pleno sol, se encontró débil. Se acostó y se cayó al levantarse por debilidad en miembro inferior izquierdo, notando también torpeza en mano izquierda. Sensación distérmica en los últimos tres días.

**Exploración y pruebas complementarias:** Estable hemodinámicamente. FC: 90 lpm, TA 134/65, aunque con satO<sub>2</sub> 91%. T: 39,5 °C. Somnolencia, tinte icterico. A la exploración, asterixis, dolor en fosa iliaca derecha. Hemiparesia izquierda, dismetría dedo-nariz con brazo izquierdo. El reflejo cutáneo-plantar izquierdo es extensor. Discreta disartria, Resto normal. En analítica sanguínea: hemograma: 53.000 plaquetas. Coagulación: IQ 60%, TP21. Bioquímica: Na 130, BiT 6,10, LDH 677, GOT 127, GPT 95, GGT 73 (valores de transaminasas similares a previos), resto normal, incluido ácido láctico. ECG: sin hallazgos. Eco abdomen: vesícula muy distendida sin engrosamiento de la pared y sin litiasis. Hígado normal. No líquido libre, no ascitis. No signos de apendicitis aguda en el momento actual. Se practica punción lumbar: Glu 49 (en sangre 84). Proteínas 26, leucocitos 1,0, hematíes 1,0, aspecto claro, cristalino. Ingresa para estudio. Durante el ingreso se obtienen los siguientes resultados: Hemocultivos: + para E. coli (en aerobios y anaerobios). Urocultivo: negativo. Cultivo de LCR: negativo. Serología de LCR: negativo. Coprocultivo y parásitos en heces: negativo. Carga viral para VHC: baja. En analíticas seriadas durante ingreso destacan. Leucocitos: mantenidos en 9,0 excepto en una determinación de 12,5. PCR: 65,5 de máxima. BiT: 4,10. BiD: 2,96. ANAs y estudios de autoinmunidad negativos. TAC de abdomen: engrosamiento de apéndice en localización retroceda de 3,2 cm; líquido libre subyacente en FID. Compatible con apendicitis. Otros hallazgos: hepatopatía crónica, ascitis perihepática y periesplénica. Esplenomegalia. Hipertensión portal. Vesícula biliar alitiásica. El episodio de hemiparesia se cataloga como AIT secundario a alteraciones de la coagulación asociadas a la sepsis y hepatopatía de base. Se realiza apendectomía por laparoscopia, con mejoría. Durante ingreso, no se repite localización neurológica y permanece apirético. Se produce salida de líquido ascítico a través de orificio quirúrgico; mejoría tras tratamiento quirúrgico y antibiótico.

**Juicio clínico:** Diagnósticos principales: sepsis por Gram (-) de origen abdominal (por peritonitis aguda secundaria a apendicitis aguda retrocecal evolucionada). AIT de origen aterotrombótico secundario a coagulopatía. Diagnósticos secundarios: hepatopatía crónica por VHC;

descompensación íctero-ascítica.

**Diagnóstico diferencial:** AIT vs ACVA establecido. Abdomen agudo: colecistitis vs apendicitis.

**Comentario final:** La ecografía abdominal llevada a cabo en Urgencias no arrojaba signos de apendicitis aguda, ni siquiera se objetivaba ascitis -sí visualizados en TAC de abdomen-. Ello lleva a descartar abdomen agudo, a pesar de la existencia de dolor en FID y peritonismo. La focalidad neurológica distrae ante el cuadro eminentemente abdominal. La enseñanza que reporta el caso clínico es que las pruebas complementarias nunca pueden llevarnos a olvidar el valor de la anamnesis y la exploración clínica. La clínica manda y ello debe estar siempre presente.

### **Bibliografía**

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª edición. México: McGraw-Hill; 2012.