



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1911 - LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA EXPLORACIÓN ABDOMINAL

M. del Campo Giménez^a, M. Azorín Ras^a, O. Luengo Ballester^b, A. Fernández Bosch^a, C. Cuevas Sánchez^c, C. Crespo Cotillas^d, C. Fernández Expósito^e, C. Castillo Moreno^a, J. Rodríguez Toboso^d y A. Muros Ortega^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Albacete. ^bMédico Residente de Cirugía General. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. ^cEnfermero Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. ^dMédico Residente. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Albacete-Hellín. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 20 años, sin alergias medicamentosas conocidas, ni enfermedades médico-quirúrgicas de interés, que consulta por dolor abdominal de instauración rápida, continuo, de 6 horas de evolución, localizado en fosa ilíaca derecha (FID) sin irradiación, que se acompaña de sensación nauseosa y vómitos junto con dos deposiciones diarreicas sin productos patológicos y fiebre de hasta 38 °C. No otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Impresiona de regular estado general, eupneico en reposo, consciente y orientado y sin datos de focalidad neurológica. Presenta TA 113/65, FC 106 lpm, Saturación 99% y T^a de 38 °C. La auscultación cardiopulmonar es anodina. En la exploración abdominal encontramos un abdomen blando, depresible, muy doloroso a la palpación en FID con defensa, en la que se palpa región indurada, Blumberg, Rovsing y Psoas positivo, Klein negativo, no organomegalias, RHA aumentado, PPRB negativa. En urgencias se le realiza bioquímica (GOT 34, LDH 199, CK 155), hemograma (leucocitos 10.330, N 9.489 91,8%, L 300 2,9%), coagulación (AP 64, INR 1,39, TTPA 29,5, fibrinógeno 273). Se solicitan radiografía de tórax y abdomen con resultado inespecífico, y una ecografía abdominal en la que se identifican en FID múltiples adenopatías, sin identificar apéndice, siendo el resto normal.

Juicio clínico: Apendicitis aguda flemonosa.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda. Adenitis mesentérica. Enterocolitis infecciosa.

Comentario final: Tras los datos de la exploración física y, apoyados en las pruebas complementarias, el paciente es intervenido de forma urgente por Cirugía General realizando apendicectomía laparoscópica por apendicitis aguda flemonosa. Según los criterios de Alvarado, sólo tres de los diez puntos de la escala, vienen dados por los resultados de las pruebas complementarias, por lo que la realización de una correcta anamnesis y una exploración física minuciosa son de vital importancia para el manejo inicial y sospecha clínica de esta patología.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de

actuación, 5ª ed. Elsevier.

2. García Marín A, Turégano Fuentes FJ, Cuadraro Ayuso M, Zaráin Obrador L. Dolor abdominal en urgencias: abdomen agudo. *Medicine*. 2015;11:5357-64.

Palabras clave: *Exploración física. Abdomen agudo. Dolor. Apendicitis.*