



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/2391 - SE DESCUBRIÓ EL PASTEL: UN CASO DE APENDICITIS EVOLUCIONADA

L. Gasulla Mendoza<sup>a</sup>, J. Doncel-Moriano Martí<sup>b</sup> y C. Juan Ten<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pego. Dénia. Alicante. <sup>b</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pego. Dénia. Alicante. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Pego. Dénia. Alicante.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 16 años traído por molestias abdominales difusas y debilidad generalizada tras presentar 10-15 deposiciones líquidas al día y fiebre de 38,5 °C desde hace 2 semanas. Niega poliartromialgias, otalgia, náuseas, vómitos o síndrome miccional. El paciente refiere inicio del cuadro tras realizar transgresión dietética en una celebración con amigos. Madre refiere que dicha semana también enfermaron familiares y asistentes a esa reunión presentando malestar general, escalofríos, astenia, hiporexia, deposiciones diarreicas y molestias abdominales en ambos flancos. No RAM conocidas. No constan AP, generalmente es tratado con homeopatía.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado General, Palidez mucocutánea, TA: 106/70; Fc: 92 lpm; Tª 37,1 °C. ORL: lengua saburral, orofaringe hiperémica sin exudados ni hipertrofia amigdalina. ACP: rítmica sin soplos. MVC, sin ruidos patológicos. Abdomen: blando y depresible, palpación dolorosa en hipogastrio y fosas ilíacas. No irritación peritoneal. No megalias. Timpanismo. Blumberg, Psoas, Puñopercusión renal: negativos. Analítica: leucocitos:  $14,5 \times 10^3/\mu\text{L}$ , neutrófilos:  $12,76 \times 10^3/\mu\text{L}$ , plaquetas:  $620 \times 10^3/\mu\text{L}$ , PCR: 98,7 mg/L. Hemocultivos, coprocultivos, C. difficile: negativos. Ecografía abdominal: objetivó una masa durante el estudio. TC abdominopélvico: apendicitis aguda complicada con absceso pélvico de gran tamaño, produciendo dilatación ureteropélica izquierda y compresión vesical.

**Orientación diagnóstica:** Apendicitis aguda complicada con absceso pélvico.

**Diagnóstico diferencial:** Gastroenteritis aguda, apendicitis, enfermedad inflamatoria intestinal, obstrucción intestinal, celiaquía.

**Comentario final:** Demostrar la importancia de la variabilidad interindividual clínica en un grupo de personas que presentaban alta sospecha de intoxicación alimentaria. Los abscesos intraperitoneales pueden aparecer como complicación de una apendicitis y se tratan también de una urgencia quirúrgica, por lo que es fundamental un diagnóstico precoz. Si los hallazgos clínicos no son claros, disponemos de pruebas inocuas y de bajo coste como la ecografía, que ha permitido orientar la etiología del cuadro y servir de base para la petición de pruebas más específicas como la TC.

## **Bibliografía**

1. Baird DLH, Simillis C, Kontovounisios C, et al. Acute appendicitis. *BMJ*. 2017;357:j1703.
2. Klin B, Zlotcavitch L, Lysy O, et al. Complicated appendicitis wrongly diagnosed as nonspecific diarrhea: ways to decrease this continuous threat. *Minerva Pediatr*. 2018.
3. Kabir SA, Kabir SI, Sun R, et al. How to diagnose an acutely inflamed appendix; a systematic review of the latest evidence. *Int J Surg*. 2017;40(8):155-62.

**Palabras clave:** Dolor abdominal. Fiebre. Diarrea.