



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/763 - DIAGNÓSTICO INESPERABLE DE UNA ABDOMINALGIA INTENSA

D. Simarro Díaz¹, A. Valdor Cerro², S. López Santos³ e Y. Rodríguez González¹

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud D^a. María Fernández Pérez. Los Corrales de Buelna. Cantabria. ²Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja Cabuérniga. Cabezón de la Sal. Cantabria. ³Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 22 años sin antecedentes de interés acude al SUAP por dolor abdominal muy intenso en epigastrio y en ambos flancos asociado a vómitos, el último con hilos de sangre. Refiere dolor difuso con pirosis en las últimas dos semanas y algún episodio de diarrea sin productos patológicos. Se le administra suero, analgesia y se deriva a Urgencias con sospecha de perforación de víscera hueca.

Exploración y pruebas complementarias: TA 145/80 mmHg, SpO₂ 100%. Regular estado general por afectación del dolor, palidez y frialdad cutánea. Afebril. Abdomen: doloroso a la palpación generalizada, más intenso en fosa ilíaca derecha, signo de Blumberg positivo. Ruidos presentes. Lesión cutánea con supuración en región del ángulo de la mandíbula que solo parece afectar a plano cutáneo, se recoge cultivo en el cual crece *Staphylococcus aureus*. Bioquímica: glucosa 450 mg/dl. Resto normal Hemograma: leucocitos $15 \times 10^3 \mu\text{L}$, Neutrófilos 66,8%. Gasometría: pH 7,08. TAC de abdomen: marcado engrosamiento de la pared del colon derecho.

Orientación diagnóstica: En un primer momento se pensó que podría ser una apendicitis perforada pero una vez realizada todas las pruebas se concluyó que era un debut diabético con cetoacidosis grave por lo que se pasó a la unidad de Cuidados Intermedios. Posteriormente reinterrogando al paciente refería haber estado necesitando beber mucha agua en los últimos 2 meses.

Diagnóstico diferencial: Debut diabético. Apendicitis. Perforación de víscera hueca.

Comentario final: Tras varios días de ingreso en Endocrinología se normalizó la glucemia y el pH. Fue tratado también con antibiótico por el absceso que presentaba en el ángulo de la mandíbula y drenado por Otorrinolaringología. Actualmente está siendo tratado con insulinas Toujeo y Apidra. Está pendiente de estudio por parte de Digestivo por el hallazgo en el TAC abdominal. Como médicos de Atención Primaria debemos de realizar una buena anamnesis y exploración física teniendo en cuenta todos los posibles diagnósticos diferenciales para posteriormente dirigir de una manera adecuada las pruebas complementarias.

Bibliografía

1. Kitabchi AE, Nyenwe EA. Hyperglycemic crises in diabetes mellitus: diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2006;35:725-51.
2. McGill JB. Diabetes mellitus type 1. *The Washington Manual, Endocrinology*, 2d ed. 2009: 238-49.

Palabras clave: Diabetes. Acidosis. Perforación.