



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

210/135 - DOCTORA, SI ESTO ES UN VIRUS, ¿CUÁNDO SE TERMINA?

L.S. Bañagasta^a, D.L. García Santos^b, S. Falla Jurado^c, A. Carrasco Angulo^d, A. Sánchez de Toro Gironés^e y A.B. Martorell Pro^f

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Mazarrón. Murcia. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^eMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^fMédico de Familia. HULAMM. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Motivo de consulta: mujer de 62 años con dolor abdominal tipo cólico de 72 horas de evolución y fiebre de 38,5 °C. No vómitos ni alteraciones del hábito intestinal, refiere hábito estreñido de siempre. Antecedentes personales: no HTA. No DM. No DLP. Síndrome depresivo. IQ: histerectomía. Tratamiento crónico: Sedotime. Lorazepam. Omeprazol.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. C y O. Eupneica. NH. Palidez cutánea. ACP: R y SS. MVC sin ruidos agregados. Abdomen: blando, doloroso en mesogastrio y en FII, No signos de irritación peritoneal. PPRB negativa. Resumen de pruebas complementarias: Rx tórax 2P: sin alteraciones. Rx simple de abdomen: Gas y heces en marco cólico. Por la persistencia de la clínica se solicita en forma preferente una ecografía abdominal. Ecografía abdominal: Hígado globuloso, con áreas irregulares hipoecogénicas en lóbulo derecho. Descartar infiltración metastásica. Efecto de masa bilobulado en FII (7 × 5,6 cm), descartarse origen anexial. Tras resultado, se decide derivar a realizar TAC abdominal por urgencias: en margen izquierdo de la pelvis lesión poliglobulada con paredes engrosadas de 6,1 × 6,3 × 7,6 cm, contenido heterogéneo y gas en su interior y en contacto con sigma. Analítica: leucocitos 19.780, neutrófilos 79%, Hb 12,7, Hto 36,8%. Plaquetas 238.000. Glu 116. Creatinina 0,7. BD 0,7. GOT 66. GPT 71. GGT 124. PCR 16,8. FA 76. Amilasa 35. Coagulación: normal. Orina: 5-10. Leucocitos/c. amilasa 371.

Juicio clínico: Posible diverticulitis aguda complicada con absceso intraabdominal.

Diagnóstico diferencial: Tumor de ovario, nefrolitiasis, pielonefritis.

Comentario final: Se administra Nolotil, Primperan y omeprazol con leve mejoría. Ginecología descarta patología anexial. Tras resultados de eco y TAC abdominal, Cirugía contacta con radiología intervencionista para realizar drenaje urgente. La paciente cursa evolución favorable y sin complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Domínguez EP, Sweeny JF, Choi YU. Diagnosis and management of diverticulitis and appendicitis.

Gastroenterol Clin North Am. 2006;35:367-91.

2. Flasar MH, Goldberg E. Acute abdominal pain. Med Clin North Am. 2006;90:481-503.

3. Jacobs DO. Diverticulitis. N Engl J Med. 2007;357:2057-66

4. Janes SE, Meagher A, Frizelle FA. Management of diverticulitis. BMJ. 2006;332:271.

5. Lyon C, Clark DC. Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. Am Fam Phys. 2006;74:1537-44.