



160/959 - DOLOR EN FID Y EL DIAGNÓSTICO DESCONOCIDO

L. Pérez Rivas^a, I. Jiménez Rodríguez^a, B. Robles Casado^a, L.E. Fernández Isla^b, J. Toral Sánchez^c y E.M. Porcel Martín^d

^aMédico de Familia. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería. ^bMédico de Familia. Hospital de Can Misses. Ibiza.

^cMédico de Familia. Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. Gran Canaria. ^dMédico de Familia. Hospital la Axarquía. Vélez Málaga. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 20 años sin antecedentes de interés acude a su médico de familia por presentar 3 días de dolor abdominal en FID irradiado a testículo derecho sin otra clínica asociada pautándose butilescopolamina y observación domiciliaria. Tras 10 días con aumento de la clínica sin mejoría con tratamiento se deriva a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, adecuada hidratación y percusión, 101 lpm, 36 °C, 93/64 mm Hg. ACR: tonos rítmicos, sin soplos.MVC. Abdomen: despreciable, defensa muscular voluntaria a la palpación, Blumberg+, sin masas ni regalías, RHA presentes, PPR bilateral negativa. MMII: sin edemas, no signos de tvp, pulsos distales presentes. A destacar en pruebas complementarias: leucocitos de 12.400 con fórmula normal, hbg 15,9 g/dl, coagulación compatible con la normalidad, bioquímica con monograma, función renal y PCR normales, sedimento urinario negativo y Rx de abdomen sin signos de obstrucción ni evidencia de litiasis. Se realizó un TAC abdominal a petición de cirugía donde se informó como múltiples adenopatias en FID de aspecto inflamatorio/reactivo con afectación inflamatoria de la grasa pericida, sin claras alteraciones en pared cecal ni íleon terminal, con líquido libre en FID y pelvis menor. Apéndice normal. Se ingresó a cargo de cirugía con tratamiento con antiinflamatorios y reposo.

Juicio clínico: Apendagitis aguda.

Diagnóstico diferencial: En este caso sería de mayor importancia descartar un proceso apendicular agudo por la necesidad de tratamiento quirúrgico. Otras posibilidades a tener en cuenta: cólico nefrítico derecho, diverticulitis y otras causas menos frecuentes como infarto mental, mesenterios esclerosan y tumor primario o metástasis a nivel de mesocolon.

Comentario final: Pensar en esta causa como primer diagnóstico ante un paciente de estas características parece improbable aunque no imposible. Hablamos de una inflamación secundaria a torsión o trombosis en la vena de drenaje de los apéndices epiploicos, que es más frecuente en FII. El tratamiento de dicha patología se basa en reposo y antiinflamatorios orales, aunque en este caso por la prolongada clínica precisó ingreso para vigilancia, ya que la duración habitual es de 5-7 días. El paciente fue dado de alta a domicilio tras 3 días de tratamiento con recuperación clínica y mejoría radiológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez-Morón JM, Barrera-González MJ, Benítez-Rodríguez B, Pallarés-Manrique H, Ramos-Lora M. Apendagitis epiploica: causa infrecuente de dolor abdominal agudo. RAPD Online. 2011;34(2).
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª edición.