



160/877 - Enfermedad pélvica inflamatoria, a propósito de un caso

I. Jiménez Rodríguez^a, S. Muñoz de la Casa^b y B. Robles Casado^a

^aMédico de Familia. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería. ^bMédico de Familia. FEA Urgencias. Hospital Poniente. El Ejido. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 37 años, natural de Rumania, con gran barrera idiomática. Antecedentes personales: bocio multinodular, trombosis séptica yugular secundaria a absceso amigdalar, cervical y mediastino superior por *Streptococo viridans*, dislipemia mixta, neumonía basal derecha. Fumadora activa. Fórmula obstétrica: 10111. Fecha última regla: hacía 5 días. Ingresa en urgencias con crisis de ansiedad secundaria a importante dolor abdominal que localiza en hipogastrio, el resto de la anamnesis es muy difícil debido a la gran barrera idiomática que presenta la paciente.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, taquipneica y taquicárdica 109 latidos por minuto, tensión arterial: 134/85, febril 38,8 °C. Glasgow 15/15. No meningismo asociado. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmica, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: en tabla, hiperalgesia al tacto en cualquier localización (lo que a su vez nos dificulta aún más el diagnóstico, al no poder realizar diagnóstico diferencial de momento ni por la anamnesis ni por la exploración). Analíticamente: leucocitosis de 24.000, 79% neutrofilia, PCR 7,28 mg/dl. Sistemático de orina: leucocituria, hematuria, indicios de proteínas. Test de gestación negativo. Radiografía de abdomen: no dilataciones de asas, líneas grasas presentes, no otros hallazgos de patología aguda. Solicitamos ecografía abdominal para descartar peritonitis secundaria a apendicitis y le realizan tomografía axial computarizada (TAC) abdominal en el que nos informas de imágenes sugerentes de salpingitis bilateral.

Juicio clínico: Abdomen agudo.

Diagnóstico diferencial: La paciente presentaba un abdomen agudo. Previamente a los resultados del TAC abdominal, se establecieron como diagnósticos diferenciales: apendicitis aguda, pielonefritis aguda, cólico renal complicado.

Comentario final: Tras el resultado del TAC abdominal se derivó a la paciente al servicio de Ginecología de urgencias. En la exploración genital presentaba importante leucorrea no maloliente, se tomaron muestras para cultivos vaginales y endocervicales. El tacto vaginal: útero móvil no doloroso a movilización. Ecografía transvaginal: útero homogéneo de 116*55 milímetros (mm) con Línea Endometrial fina de 6,3 mm. Ovario Derecho anodino, trompa derecha dilatada 68 × 17,6 mm, Ovario Izquierdo anodino con dilatación de trompa izquierda 65.5 × 24,7 mm. Tras la valoración por Ginecología se estableció como diagnóstico final: enfermedad pélvica inflamatoria, abscesos

tuboováricos bilaterales. Se ingresó a la paciente para tratamiento antibiótico intravenoso con gentamicina y clindamicina y, preciso la realización de salpinguectomía bilateral mediante laparoscopia. Al alta hospitalaria se recomendó tratamiento antibiótico con: ofloxacino 7 días y vibramicina 14 días. Lo más interesante de este caso clínico fue la limitación que supuso el lenguaje durante la anamnesis, el bajo nivel socioeconómico de la paciente que le llevo a consultar cuando el cuadro clínico se encontraba muy evolucionado, por lo cual el mismo fue de poca ayuda diagnóstica para los clínicos que la atendimos. No debemos olvidar que lo más frecuente no es siempre lo más probable y, debemos hacer una valoración integral de todos nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez F.J. Medicina de Urgencias y Emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2015:955-63.
2. Aguilar Rodríguez F, et al. Manual de Diagnostico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 7ª ed. Madrid: MSD; 2012:521-34.