



## 160/536 - Dolor abdominal: un reto diagnóstico

A. Ibáñez Leza e Y. Sánchez Díaz-Aldagalán

Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 48 años, ex-fumador, que acude a la consulta del centro de salud por cuadro de cuatro días de evolución de molestias en hipocondrio derecho y epigastrio y fiebre de hasta 38,3 °C en el último día. Refiere la esposa que lo ve más “amarillo”, no coluria ni acolia. A la exploración abdomen doloroso en hipocondrio derecho con signo de Murphy positivo. Ante la sospecha de colecistitis aguda se deriva a urgencias para completar estudio y valoración. Como antecedentes a destacar presenta una enfermedad de Gilbert, en 2014 ingreso en cirugía por diverticulitis aguda en sigma que mejoró con tratamiento conservador y apendicectomizado a los 9 años.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: buen estado general, ictericia conjuntival. Febril. Abdomen: blando con molestias a la palpación en hipocondrio derecho con Murphy muy dudoso. Blumberg negativo. No masas. Analítica: a destacar bilirrubina total 2,8 (similar a previas), PCR 91. Hemograma con leucocitos y fórmula normal. Orina negativa. Resto normal. Eco abdominal: pequeño segmento de colon ascendente con leve engrosamiento mucoso y divertículo en su interior, punto de máximo dolor para el paciente. Los hallazgos son sugerentes de diverticulitis aguda a confirmar por TAC. Hígado, vesícula y vía biliar normal. TAC abdominal: enfermedad diverticular del colon. Hallazgos sugerentes de diverticulitis derecha. Burbuja de gas adyacente al segmento cólico inflamado que podría estar en relación con divertículo cuya pared no es identificable.

**Juicio clínico:** Diverticulitis de colon ascendente.

**Diagnóstico diferencial:** Colecistitis, apendicitis, neoplasia de ciego o colon ascendente.

**Comentario final:** Las diverticulitis de localización atípica (ciego, colon ascendente o intestino delgado) son poco frecuentes, con una prevalencia del 5%. Constituyen un reto diagnóstico porque la clínica de dolor abdominal puede sugerir otra patología de localización derecha como colecistitis y apendicitis (en este caso el paciente estaba apendicectomizado y la primera sospecha clínica era la colecistitis). La diverticulitis derecha rara vez debuta con formación de abscesos y menos aún con perforación a cavidad peritoneal. La prueba de elección para su diagnóstico es el TAC. El paciente ingresó en la planta de cirugía donde se instauró tratamiento conservador con antibiótico y analgesia iv y a los cuatro días fue dado de alta con normalización de la exploración física y antibioterapia vía oral. En la mayoría de los casos el tratamiento conservador es suficiente, salvo en

casos de perforación que pueden requerir intervención quirúrgica urgente. Ante cualquier dolor abdominal de localización derecha es importante hacer un buen diagnóstico diferencial, ya que puede plantear dudas diagnósticas y terapéuticas porque diferentes patologías pueden presentarse con clínica similar.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Rubio-Pérez I, Prieto Nieto I, Tone Villanueva F, et al. Diverticulitis atípicas: un reto diagnóstico ante dolor abdominal derecho. *Cir Esp.* 2014; 92(Espec Congr):833.
2. Álvarez Llano L, Al-lal YM, Ponce Dorrego MD, Pérez Díaz MD, Turégano Fuentes F. Diverticulitis de colon derecho. A propósito de tres casos. *Revista médica Electrónica PortalesMedicos.com* [Internet]. 2014. Disponible en:  
<http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/diverticulitis-colon-casos-clinicos/>