



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2561 - ¿QUIÉN MÁS ME VA A TOCAR LA BARRIGA?

L. Sánchez de Cos Jiménez^a, J.M. Ignacio Expósito^b, J. León Tercero^a, A. Márquez Martínez^a y M. Santos Garrote^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Cayetano Roldán. San Fernando.

^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente, varón de 35 años. No RAM, no FRCV, no AP. Acude a consulta de Atención Primaria (AP) por dolor abdominal a nivel de hemiabdomen inferior. Un vómito sin productos patológicos y orinas más oscuras de dos días de evolución. No cambios en el hábito intestinal. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias: COC, REG, BYHP. ACP: tonos puros y rítmicos, no soplos ni roces, MVC. Abdomen con dificultad exploratoria, defensa en ambos hipocondrios e hipogastrio. Blumberg negativo. Tira de orina: negativa para hemáties y leucocitos.

Juicio clínico: Abdomen agudo.

Diagnóstico diferencial: Obstrucción, perforación, apendicitis, isquemia intestinal.

Comentario final: Desde AP decidimos derivar a Urgencias. Revisando la historia clínica, en Urgencias se realizaron: Analítica con bioquímica (PCR 35), hemograma (leucocitosis 18.000), coagulación y sistemático sin alteraciones. Rx de abdomen sin hallazgos. Cirugía General (CG) valoró al paciente y solicitó ecografía abdominal; sin hallazgos, por lo que se desestimó intervención derivando al paciente a Consultas externas. Alta con analgesia y antiinflamatorios. El segundo día volvió a Urgencias por persistencia del dolor. Analítica: 14500 leucocitos, y PCR 30. Valorado nuevamente por CG y sin hallazgos en nueva ecografía. Alta con analgesia. El tercer día acudió a la consulta de AP por persistencia de dolor y fiebre de 38 °C termometrada. Derivación a Urgencias. Analítica: leucocitosis (16.800) y PCR de 235,9. Nuevamente valorado por CG; ecografía y TC abdominal: Inflamación apendicular, signos de peritonitis y cuadro sugerente de apendicitis aguda. El paciente fue intervenido ese mismo día. Es característico como un cuadro sugerente de apendicitis de pocas horas de evolución no se refleja en pruebas complementarias hasta varios días de evolución. Esto ocurrió con la PCR, cuyos valores se elevan lentamente a diferencia de la leucocitosis que se mantuvo elevada durante todo el cuadro, y con la ecografía que no mostraron alteraciones hasta el tercer día.

Bibliografía

1. Score diagnóstico de apendicitis: Estudio prospectivo, doble ciego, no aleatorio. Rev Chilena de Cirugía. 2004;56:550-7.

2. Flore JM, Jiménez PI, et al. Proteína C reactiva como marcador de infección en pacientes con traumatismo cerrado grave. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2001;19:61-5.

Palabras clave: *Abdomen acute. PCR.*