



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3128 - DOCTOR, MI HIJO LLEVA SIETE DÍAS CON GASTROENTERITIS

M. Acero Peligero<sup>a</sup>, M. López Machado<sup>b</sup>, L. Ballarin Naya<sup>c</sup>, R. Lavedán Santamaría<sup>c</sup>, D. Barberá Pérez<sup>c</sup> y B. Ráfales Perucha<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>b</sup>Médico Residente 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Norte. Zaragoza. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Norte. Zaragoza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 15 años, sin antecedentes de interés. No alergias. Acude por dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos, deposiciones líquidas y fiebre hasta 38,5 °C desde hace una semana. Refiere dolor en epigastrio y mesogastrio con irradiación en cinturón, y en FID. Hiporexia y astenia. Hermana pequeña con cuadro de GEA con fiebre desde hace 10 días.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 118/69, FC 103, T<sup>a</sup>: 36,5 °C. SatO<sub>2</sub> 97%. Consciente, orientado, normohidratado, pálido. Afectación estado general. AC: rítmico sin soplos. AP: MVC, hipoventilación base izquierda. Abdomen: peristaltismo disminuido, dolor a la palpación de epigastrio, mesogastrio y FII. Defensa abdominal. Sin masas palpables. ECG: sinusal a 95 lpm. Rx tórax: pequeño derrame pleural izquierdo. Analítica: glucemia 143, urea y creatinina normales, sodio: 131 meq/l, potasio: 4,66 meq/l. Hb: 14,1 g/dl, leucocitos: 21.700/mm<sup>3</sup>, neutrófilos: 18.500. Plaquetas: 349.000/mm<sup>3</sup>. Coagulación: TP: 15,4s, INR: 1,41. Fibrinógeno: 975 mg/dl. Amilasemia y amilasuria normales. Bilirrubina normal. pH 7,45, lactato 2,2 mmol/L. Ecografía: Compatible con apendicitis aguda no complicada. Evolución: se interviene de urgencia por laparoscopia. Imposible crear neumoperitoneo por mala distensión de pared abdominal, por lo que se realiza incisión de Mc Burney. Se halla peritonitis aguda difusa secundaria a apendicitis gangrenosa perforada. Se realiza apendicetomía, abundante lavado y colocación de drenajes. Postoperatorio complejo: Persiste febrícula. Infección de herida quirúrgica, que se drena obteniendo abundante líquido purulento. Empeoramiento clínico, dolor abdominal con irritación peritoneal y febrícula. TC: colección de 28 cm de diámetro en espacio subfrénico izquierdo. Colección de 4,5 cm en pelvis izquierda, interasas. Reintervención por laparotomía media. Postoperatorio en UCI, buena evolución. En planta nuevo empeoramiento. TC: colección periesplénica de 14 × 7 cm. Se realiza drenaje percutáneo. Eco de control normal. Mejoría clínica y analítica. Alta domiciliaria 32 días tras ingreso.

**Juicio clínico:** Peritonitis secundaria a apendicitis aguda gangrenosa. Abscesos residuales.

**Diagnóstico diferencial:** Apendicitis. Gastroenteritis. Pancreatitis.

**Comentario final:** En ocasiones la historia clínica y un contexto familiar infeccioso pueden servir como distractores en el paciente con dolor abdominal. Es importante centrarse en hallazgos

objetivos y una correcta exploración física para descartar abdomen agudo y evitar complicaciones derivadas de un retraso diagnóstico.

### **Bibliografía**

1. Rivas Jiménez M. Manual de Urgencias, 3ª ed. Madrid. Médica Panamericana. 2013.

**Palabras clave:** Apendicitis. Peritonitis. Absceso abdominal.