



## 242/3738 - ABDOMEN AGUDO CON PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ANODINAS

M. Pinilla de Torre<sup>a</sup>, M. Pinilla de Torre<sup>b</sup>, S. González Rodríguez<sup>c</sup>, J. Monsalve de Torre<sup>d</sup>, I. Machio Sosa<sup>c</sup> y J. Murillo Montes<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Intensiva. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pino Montano A. Sevilla. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Siete Infantes de Lara. Logroño. La Rioja. <sup>e</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pino Montano A. Sevilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 20 años sin antecedentes personales de interés, consulta a su médico de atención primaria por molestias abdominales de 5 días de evolución sin otros síntomas. Ante tira de orina patológica se decide tratamiento con fosfomicina 3 g cada 24 horas dos días. El paciente consulta de nuevo a su médico por empeoramiento con fiebre y vómitos, y focalización del dolor en fosa ilíaca derecha (FID), derivándolo al hospital de referencia para descartar apendicitis, continuando con tira de orina patológica. Empeoramiento progresivo en Urgencias a pesar de analítica anodina, con hipotensión importante, decidiéndose TAC urgente que objetiva apendicitis perforada interviniéndose de urgencia. Evolución favorable con tratamiento antibiótico con amoxicilina/clavulánico y control por su médico de atención primaria al alta.

**Exploración y pruebas complementarias:** Fiebre de 39 °C. Taquicardia sinusal con ventilación bipulmonar conservada. Abdomen doloroso en fosa ilíaca derecha y Murphy dudoso con puñopercusión renal derecha positiva. Hemograma: normalidad de las tres series (leucocitos: 10.000). Bioquímica: normal, salvo PCR: 300 mg/l. Orina: leucocitosis moderada. Ecografía abdomen: aumento ecogenicidad renal bilateral, mayor en riñón derecho con líquido libre a dicho nivel. Posibilidad de infección urinaria. TAC abdomen: fenómenos inflamatorios con líquido libre en FID con aumento de la densidad de la grasa peritoneal, que sugiere peritonitis. El apéndice retrocecal, con características de apendicitis aguda.

**Juicio clínico:** Infección tracto urinario (ITU). Apendicitis perforada.

**Diagnóstico diferencial:** Gastritis aguda. Úlcera gastrointestinal. Perforación gastrointestinal. Apendicitis aguda. Gastroenteritis aguda. Infección tracto urinario.

**Comentario final:** Ante mala evolución de una ITU con persistencia de tira de orina patológica, se debe derivar al hospital de referencia para estudio y no iniciar nuevo tratamiento antibiótico domiciliario y ver evolución, sobre todo al tratarse de un varón, en los cuales las ITUs no son tan frecuentes como en mujeres jóvenes. Además objetivamos en este caso clínico, cómo la normalidad de analítica urgente e incluso de ecografía de abdomen en paciente con apendicitis aguda no la

descarta, y la mala evolución que ello conlleva al no cogerlo a tiempo, que en este caso se perforó.

### **Bibliografía**

1. Aguilar Rodríguez F, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid; 2012.

**Palabras clave:** Agudo. Abdominal. Dolor.