



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/1222 - RECONSULTA: ¿PACIENTE GRAVE O AGOTADOR?

P. Mostaza Gallar<sup>a</sup>, P. Matías Soler<sup>b</sup>, L. Matus<sup>c</sup>, P. Fabero Cruz<sup>d</sup>, C. Gil Rojo<sup>d</sup> y J. López Martínez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eloy Gonzalo. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Águilas. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de medicina de familia y comunitaria. Centro de Salud Eloy Gonzalo. Madrid. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Las Águilas. Madrid. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espronceda. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 52 años con AP de CRU de repetición. Acude a nuestro centro de salud por dolor en hemiabdomen inferior junto con vómitos, no fiebre no síntomas urinarios, le recuerda a cólicos previos, a la exploración dolor en FID PPRB-, se deriva a urgencias. Allí se realiza analítica con leucocitosis 14.800, PCR 8 SO: microhematuria, Rx abdomen: litiasis izquierda. Se diagnostica de CRU dándole de alta. Al día siguiente vuelve nuestra consulta con dolor epigástrico intenso irradiado a fosa ilíaca derecha además de dolor lumbar, junto con vómitos y diarrea. No fiebre ni clínica miccional. Le derivamos de nuevo a urgencias, se realiza TAC donde se observa apendicitis perforada con líquido libre. Se avisa a cirugía general para valoración y se decide tratamiento quirúrgico urgente.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 110/79 mmHg. FC 110 lpm. Sat 96%. T<sup>a</sup> 36 °C. Abdomen: doloroso de forma difusa a la palpación superficial y profunda, con signos de irritación peritoneal, RHA disminuidos. PPRB-. Analítica: hb 14,1n, leucocitos 3.200, plaquetas 173.000, neutrófilos 84%, PCR 49, INR 1,5, NA 136, K 4,09, crea 0,91. Gasometría: pH 7,33, HCO<sub>3</sub> 23,3, lac 2,1 SO: microhematuria leve y leucocituria Rx abdomen: niveles hidroaéreos. TAC abdominal: apendicitis perforada y líquido libre.

**Juicio clínico:** Apendicitis perforada.

**Diagnóstico diferencial:** Cólico renoureteral, perforación viscera hueca, isquemia intestinal.

**Comentario final:** Es habitual que los pacientes refrecuenten nuestros servicios. Este perfil de pacientes pueden estar infravalorados debido a que son hipefrecuentadores y que suelen presentar patología banales. Dentro de este perfil hay excepciones que pueden tener de inicio un diagnóstico erróneo y en su lugar padecer una patología grave con un diagnóstico tardío y con las consecuencias que conlleva, aumentando así la morbimortalidad. Este caso nos lleva a concluir que debemos plantearnos un diagnóstico diferencial más amplio para estos pacientes y detenernos más a pesar del poco tiempo disponible en nuestras consultas.

## Bibliografía

1. Iacobellis F, Iadevito I, Romano F, et al. Perforated Appendicitis: Assessment With Multidetector Computed Tomography. *Semin Ultrasound CT MR.* 2016;37(1):31-6.

**Palabras clave:** Apendicitis. Perforada. Reconsulta.