



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 216/36 - ME SIGUE DOLIENDO COMO EL PRIMER DÍA

J. Villar Ramos<sup>a</sup>, M. Montes Pérez<sup>b</sup>, P. López Tens<sup>c</sup>, A. Blanco García<sup>d</sup>, D. Fernández Torre<sup>e</sup> y L. Urbina Soto<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila. Santander. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barros. Camargo Interior. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>e</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander. <sup>f</sup>Médico Residente. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 54 años fumador, bebedor, HTA, miocardiopatía dilatada grave de origen hipertensivo. Último ingreso por encefalitis herpética y sífilis tardía (descartándose VIH) acude al centro de salud por dolor abdominal difuso que en las últimas 24 horas se ha localizado en flanco derecho. Refiere hace 7 días traumatismo en HCD valorado en Urgencias como contusión. No fiebre ni sensación distérmica. Persisten los síntomas a pesar de tratamiento sintomático. Sin otra clínica.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. Eupneico en reposo. NH. NC. NP. AP: roncus dispersos en ambos campos pulmonares AC: rítmica, no soplos. Abdomen: doloroso a la palpación difusa acentuándose aún más en flanco derecho. Murphy+. Ligera hepatomegalia. No peritonismo. No defensa. Se aprecia gran eritema en zona lateral derecha, no hematoma, aumento de temperatura, ni erosiones en la piel. Analítica: urea 68, creatinina 1,16, FG 70, AST 42, ALT 39, GGT 373, FA 175, Amilasa 22, leucocitos 16,4, hematíes 4,14, Hb 12,4. Coagulación: Normal. Elemental y sedimento: Urobilinógeno+++ . Proteínas totales+. Bilirrubina+. Presencia de cilindros hialinos granulados. Rx abdominal: sin hallazgos significativos. Eco abdominal: el apéndice, en situación retrocecal, se encuentra engrosado y desestructurado, con cambios inflamatorios de la grasa adyacente y continuándose en sentido craneal con una colección con niveles hidroaéreos. Burbujas de neumoperitoneo subhepáticas. Apendicitis retrocecal perforada contenida que asocia colección subhepática derecha abscesificada. TAC abdominal: bases pulmonares sin alteraciones significativas. El hígado está aumentado de volumen y presenta una densidad normal, no observándose lesiones ocupantes de espacio. Porta permeable. La vesícula biliar está normodistendida y presenta un engrosamiento difuso de sus paredes en relación con cambios inflamatorios por vecindad. Vía biliar de calibre normal. Las glándulas suprarrenales, el páncreas, el bazo, los riñones, las asas intestinales, el resto del marco cólico y la vejiga no muestran alteraciones significativas. Ganglios de aspecto reactivo adyacentes al ciego. No se observan ganglios de tamaño patológico. Eje aortoiliaco con ateromatosis grave, parcialmente calcificada, observándose dos segmentos de estenosis suboclusiva en la arteria ilíaca externa derecha, y en el límite de campo otra probable estenosis suboclusiva de La arteria femoral superficial ipsilateral. Cambios degenerativos del esqueleto locorregional.

**Juicio clínico:** Apendicitis evolucionada con colección subhepática.

**Diagnóstico diferencial:** Traumatismo. Contusión. Dolor abdominal.

**Comentario final:** La apendicitis aguda es la patología quirúrgica aguda abdominal más frecuente. Su diagnóstico constituye uno de los problemas más habituales en los servicios de urgencias. En estudios recientes se ha llegado a la conclusión del rendimiento global de la ecografía para el diagnóstico de apendicitis aguda en una sensibilidad del 83,7%, especificidad del 97,4%, valor predictivo positivo del 87,7%, valor predictivo negativo del 96,2%. Por lo tanto, no debemos olvidar, que tratándose de una prueba no invasiva es una prueba a tener en cuenta a la hora de una sospecha diagnóstica ante una exploración física adecuada.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Mallin M, Craven P, et al; Diagnosis of appendicitis by bedside ultrasound in the ED. American Journal of Emergency Medicine. 2015;33:430-2.
2. D&#39Souza N, D&#39Souza C, et al; The value of ultrasonography in the diagnosis of appendicitis; International Journal of Surgery.