



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 216/25 - NO AGUANTO MÁS EL DOLOR

P. Jiménez Sahelices<sup>a</sup>, I. Rodríguez Marcos<sup>a</sup> y M. Fernández Fuente<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Sardinero. Santander. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Llano. Gijón.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 37 años procedente de Senegal, desde hace 5 años vive en España, AP DM2 en tratamiento con metformina y gliflipzida, con buenos controles. Acude a nuestra consulta por dolor abdominal constante de inicio periumbilical de 3 días de evolución con irradiación hacia FID, acompañado de fiebre 39 °C, mal estar general, náuseas y vómitos, refiere una deposición diarreica sin productos patológicos. La fiebre no le baja con el paracetamol pero el dolor mejora parcialmente con analgesia y reposo en cama.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 154/90 mmHg, FC 123 lpm, Abdomen: blando depresible, doloroso en FID con defensa, Rosving+. Hemograma: leucocitos 159.000, 4% cayados, 87% segmentados. Ecografía: se objetiva una estructura tubular no compresible compatible con apéndice cecal, de hasta 8 mm de diámetro en su parte más distal, hallazgos compatibles con apendicitis aguda.

**Juicio clínico:** Tras ser valorado por cirugía general se decide cirugía siendo diagnosticado de apendicitis gangrenosa con absceso local, evolución favorable traslado a domicilio con antibiótico oral durante 5 días.

**Diagnóstico diferencial:** El dolor agudo en la fosa iliaca derecha (FID) es una causa habitual de consulta en Urgencias, siendo la apendicitis aguda el diagnóstico más frecuente en estos pacientes. No obstante existen múltiples procesos patológicos que pueden producir un cuadro clínico similar, y que sin embargo no siempre van a requerir un tratamiento quirúrgico: enfermedad de Crohn, ileocolitis infecciosa, diverticulitis derecha, adenitis mesentérica, cáncer de colon derecho, isquemia intestinal, apendagitis epiploica, pielonefritis aguda. Otras causas más infrecuentes: colitis pseudomembranosa, úlcera péptica perforada, colecistitis perforada, pancreatitis...

**Comentario final:** La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente. Constituye alrededor del 60% de los cuadros de abdomen agudo quirúrgico. Entre el 5-15% de la población padece este cuadro en algún momento de su vida. La máxima incidencia tiene lugar en la segunda y tercera década de la vida, para disminuir en edades extremas. No hay diferencias entre ambos sexos. La AP puede ser: mucosa, fibrinoide, purulenta y apendicitis gangrenosa. Aparecen zonas de necrosis que provocan la perforación y contaminación purulenta de la cavidad abdominal. Producida la perforación apendicular, existen distintas posibilidades evolutivas: peritonitis circunscrita y peritonitis aguda difusa.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.