



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2433 - LA EXPLICACIÓN MÁS SENCILLA NO SIEMPRE ES LA CORRECTA

Á. Arévalo Pardal<sup>a</sup>, D. Narganes Pineda<sup>b</sup>, P. Casas Rodríguez<sup>c</sup> y M. Alonso Fernández<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parquesol. Valladolid. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Tordesillas. Valladolid. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Pisuerga. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Antecedentes personales: mujer de 39 años sin alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Trabajadora activa, auxiliar administrativo. Casada, dos hijos pequeños. Proceso Actual: dolor abdominal moderado, difuso, de inicio súbito, de características continuas, no irradiado, de 24 horas de evolución, sin náuseas ni vómitos. Refiere tos y síntomas catarrales los dos días previos, con sensación distérmica pero no se ha medido la temperatura. No disfagia ni hiporexia. Disnea a moderados esfuerzos en los dos últimos días y mialgias generalizadas

**Exploración y pruebas complementarias:** Normotensa, T<sup>a</sup> 38,8 °C, FC 122 lpm. SO<sub>2</sub> 100%. Auscultación cardiopulmonar. Rítmica sin soplos, roncus en campos medios derechos. Abdomen blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes no aumentados, doloroso difuso sin defensa a la palpación, no masas ni megalias, no se palpan hernias, no dolor a la palpación en punto de Mc Burney; signos de Blumberg, Ro vs ig, psoas, obturador y Murphy negativos. Puñopercusión renal bilateral negativa. Exploraciones complementarias: Analítica: 10.700 leucocitos (86,7% Neutrófilos), Hb 13,4. PCR 138. Radiografía de tórax: condensación en lóbulo medio. Rx abdomen: sin hallazgos patológicos. Ecografía abdominal en Centro de Salud: normal.

**Orientación diagnóstica:** Juicio clínico: dolor abdominal referido, síndrome febril de probable origen respiratorio (neumonía lóbulo medio).

**Diagnóstico diferencial:** Causas de abdomen agudo: patología esofágica, gástrica, intestinal, colorrectal, hepática, genital, vesical y de órganos retroperitoneales.

**Comentario final:** Se describe dolor abdominal reflejo en casos de neumonía, en gran porcentaje producida por neumococo, pues su localización periférica hace fácil la afectación pleural, de cuya estructura parte el dolor reflejo a abdomen, y en ocasiones a región cervical. Esto se explica por convergencia de los nociceptores aferentes viscerales y los nociceptores aferentes de estructuras somáticas distintas donde el dolor es percibido. Incluir esta posibilidad en el diagnóstico diferencial es tarea sencilla y accesible, permitiendo un tratamiento etiológico dirigido y precoz y evitando exploraciones innecesarias y medidas invasivas.

### Bibliografía

1. Cunha B, Ortega A. Atypical pneumonia. Extrapulmonary clues guide the way to diagnosis. *Postgrad Med.* 1996;99(4):64-6.
2. Blinkhorn R. Community-Acquired Pneumonia: In: Baum G, Glassroth J, eds. *Baum's Textbook of Pulmonary Diseases*, 7th ed. Boston: Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 2003.

**Palabras clave:** Dolor abdominal. Neumonía. Fiebre.