



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/1806 - NO SIEMPRE ES UNA APENDICITIS

A. Herencias Nevado<sup>a</sup>, E. Pérez Castro<sup>b</sup>, N. Sotelo Kesti<sup>c</sup> y M. Sojo Elías<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Madrid.

<sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Colmenarejo. Madrid.

<sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Hospital El Escorial. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 70 años que acude a consulta de atención primaria por presentar dolor abdominal localizado en hemiabdomen inferior derecho desde hace 3 días, siendo más intenso en las últimas horas. Náuseas continuas sin vómitos. Desde ayer fiebre mayor de 38 °C. Ritmo intestinal adecuado. No síndrome miccional. No otra sintomatología. Entre sus antecedentes: Fibrilación auricular. HTA. Hipotirodismo. No cirugías previas.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 158/75 mmHg; FC: 79 lpm, T<sup>a</sup>: 38,1 °C, SatO<sub>2</sub>: 97%. BEG. Consciente, orientada y colaboradora. Hidratada, nutrida y perfundida. Eupneica sin trabajo respiratorio. AC. Arrítmica sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. Abdomen: RHA+. Leve timpanismo. Depresible. Doloroso a la palpación en cuadrante inferior derecho con defensa abdominal. No masas ni megalias. Puño percusión renal negativa. Dada la sintomatología de la paciente y ante una exploración física sugestiva de patología abdominal se deriva a urgencias hospitalarias para continuar estudio. ECG: FA a 87 lpm. Eje normal. No alteraciones agudas de la repolarización. Rx de abdomen: gas y heces en marco cólico. Luminograma normal. Gas distal. Analítica: leucocitos  $12,30 \times 10^3/\text{mm}^3$ , neutrófilos  $7,40 \times 10^3/\text{mm}^3$ , PCR: 4 mg/dl. Resto normal. Sistemático de orina: normal. TAC abdominal: engrosamiento de la pared del colon ascendente con estriación de la grasa y colección adyacente en FID de  $5 \times 3 \times 2,5$  cm. Diverticulitis aguda en colon ascendente complicada (Clasificación de Hinchey tipo I).

**Orientación diagnóstica:** Tras un amplio diagnóstico diferencial, se realizan adecuadas pruebas complementarias, que confirman la presencia de una diverticulitis aguda en colon ascendente complicada.

**Diagnóstico diferencial:** Apendicitis, obstrucción intestinal, adenitis mesentérica...

**Comentario final:** La enfermedad diverticular es causa de dolor abdominal frecuente en fosa iliaca izquierda aunque también puede presentarse en fosa iliaca derecha e incluso ser difuso. Las complicaciones en esta patología pueden poner en riesgo la vida del paciente, por lo que ante la sospecha clínica por parte del médico de atención primaria, una adecuada exploración física y la utilización de la TC como método de elección permitió un diagnóstico precoz y del tratamiento

adecuado.

## **Bibliografía**

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
2. Hall J, Hammerich K, Roberts P. New paradigms in the management of diverticular disease. *Curr Probl Surg.* 2010;47:680-735.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud. Diverticulitis. Tomografía Computarizada por rayos X.