



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/4007 - UN CASO PECULIAR DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO

A. Domínguez Teba^a, R. Medero Canela^b, M. Grande Aguerri^c y M. Montes Beloso^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Ciempozuelos. Madrid. ^bMédico de Familia. FEA Urgencias. Hospital Virgen de Valme. Sevilla. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Guadarrama. Madrid. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 36 años asmático sin tratamiento actual que consulta por algia abdominal localizada en el cuadrante inferior izquierdo de más de 12 horas de evolución de irrupción brusca que fue aumentando de intensidad con las horas paulatinamente de forma constante no cólico ni irradiado ni relacionado con la ingesta. No presentó alteración del hábito gastrointestinal ni náuseas ni vómitos ni síntomas del tracto urinario inferior asociados ni se modificaba con cambios posturales.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración presentaba postura antiálgica con puntuación de 8 en al Escala Visual Analógica (EVA), estable hemodinámicamente con dolor abdominal a la palpación muy selectiva de fosa ilíaca izquierda con mínima defensa reactiva sin signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado sin puñopercusión ni dolor a palpación de otras zonas. Asimismo, no se palpaban masas ni megalias. En analítica se detecta 11.200 leucocitos sin neutrofilia, función renal, hepática y sistemático de orina normales. Radiografía de abdomen y tórax sin hallazgos. Se procede a la realización de TAC abdominal con contraste que detectó imagen pseudonodular en la grasa pericolónica izquierda con anillo hiperdenso, edema en la grasa adyacente y leve engrosamiento de la fascia lateroconal.

Orientación diagnóstica: Los hallazgos radiológicos confirman el diagnóstico de apendagitis epiploica. El paciente fue dado de alta tras control de analgesia intravenosa con EVA 2 y valorado en consulta preferente de cirugía ambulatoria con resolución del episodio en 3 días.

Diagnóstico diferencial: En el diagnóstico diferencial habría que incluir diverticulitis aguda incipiente, motivo por el cual se optó por la realización directa de la tomografía computarizada (TAC) en lugar de la ecografía.

Comentario final: El dolor abdominal agudo supone un gran desafío para el médico en atención primaria. La anamnesis, la exploración minuciosa y las pruebas complementarias básicas ayudan en la orientación diagnóstico-terapéutica de la mayoría de los procesos. La mayor utilización de la TAC abdominal en este contexto ha permitido reconocer entidades como esta, de rara aparición y manejo conservador.

Bibliografía

1. Schnedl WJ. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2011;8:45-9.
2. Sand M, Gelos M, Bechara F. Epiploic appendagitis -clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis BMC Surg. 2007;7:11.

Palabras clave: Omentum. Abdomen agudo.