Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):850

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/1868 - "DEL DICHO AL HECHO", LA NECESIDAD DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

J. Capetillo Serra[1], A. Urbina Juez[2], E. Espejo Marchante[3] y G. Monasterio López[4]

[1]Médico de Familia. Centro de Salud Plentzia. Vizcaya. [2]Médico de Familia. UAP Sopela. Vizcaya. [3]Médico de Familia. Centro de Salud Sopelana. Vizcaya. [4]Médico de Familia. Centro de Salud Areeta. Vizcaya.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 93 años institucionalizada, valorada por por cuadro febril (Tª > 38 ºC) y molestias abdominales izquierdas con leucocituria en Combur, por lo que se pautó tratamiento con amoxicilina-clavulánico con sospecha de ITU vs diverticulitis. Tras mejoría inicial, se realiza control a la semana por persistencia de febrícula, rotándose tratamiento a ciprofloxacino, sin mejoría en 48 horas, por lo que es derivada a Urgencias para completar estudio. AP: SFB: dependiente para las ABVD. Vida cama silla, movilización en silla de ruedas. Deterioro cognitivo moderado por multiinfartos cerebrales. HTA, dislipemia, diabetes Mellitus tipo II. Diverticulítis.

Exploración y pruebas complementarias: Apetito conservado, no vómitos, no alteraciones miccionales/deposicionales. AC: rítmico a 80 lpm, no soplos AP: buena ventilación general. Eupneica. Abdomen: defensa la palpación en FII. PPRB negativa en repetidas ocasiones. Blumberg negativo, Murphy negativo, no masas ni megalias. EEII: anodinas. TA: 130/70 mmHg. FC 80 lpm. Sat O2 aa 95%. Combur test: 1º: Leucos +++, Hb ++, proteínas+. 2º a los 7 días: negativo. Analítica: glucosa 146 mg/dL, urea 119 mg/dL, creatinina 1,17 mg/dL, Hb 8,6 g/dL Hto 27,2%, leucocitos 13,34 × 10^3, neutrófilos 70,4%, 9,4 × 10^3. Fibrinógeno 670 mg/dL. Rx tórax: (PA): pinzamiento seno costofrénico izquierdo. TAC abdomino-pélvico: TVP desde tercio distal de vena iliaca primitiva izquierda extendiéndose a eje ilio femoral y como hallazgo casual, defectos de repleción en arteria lobar inferior izquierda y segmentarias compatibles con tromboembolismo pulmonar. Sin evidencia de patología intraabdominal aguda.

Orientación diagnóstica: Diverticulitis resistente a tratamiento/complicada.

Diagnóstico diferencial: Pielonefrítis aguda. Patología vascular local (isquemia mesentérica, TVP...). Patología tumoral.

Comentario final: La valoración de signos y síntomas en pacientes institucionalizados con deterioro cognitivo da lugar a una anamnesis compleja. Por ello debemos tener presente un amplio diagnóstico diferencial y no por improbable, debemos obviar el diagnóstico menos habitual, llevando a cabo los estudios precisos si la evolución no es favorable, independientemente de la situación funcional basal del paciente.

Bibliografía

1. Pemberton JH. Acute colonic diverticulitis: medical management. Uptodate. Last update July 8, 2019.
2. Clive Kearon, MB; Kenneth A Bauer, MD. Clinical presentation and diagnosis os the nonpregmant adult with suspected Deep vein trombosis os the lower extremity. Uptodate. Last update November 30, 2018.

Palabras clave: Anciano. Dolor abdominal. Diverticulitis.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.