



P-003 - RADIOGRAFÍA SIMPLE DE ABDOMEN. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR APENDICITIS

J. Santos Romera^a, J.L. Almenara Abellán^b, F.J. Roquette Mateos^c y J. Segovia Rodríguez^c

^aCS Castilla del Pino. ^bCS Rafael Flores de Posadas. ^cCS Santa Rosa.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 52 años, sin alergias medicamentosas conocidas, hipotiroidismo en tratamiento con eutirox 200 mg cada 24 horas. Intervenciones quirúrgicas: tiroidectomía hace 10 años. No hábitos tóxicos. Acude al servicio de urgencias del hospital de referencia por segunda ocasión en 24 horas por presentar desde hace 3 días cuadro de dolor abdominal generalizado, con distensión y anorexia, acompañado de náuseas sin vómitos y estreñimiento desde inicio del cuadro. No fiebre. No clínica miccional. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, consciente, orientada, colaboradora, normohidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo. No cianosis. Quejumbroso. Saturación O₂: 99%, TA 145/93, FC 89 lpm y temperatura 36,3 °C. Exploración neurológica: no signos meníngeos ni rigidez de nuca. ACR: Tonos rítmicos con buena frecuencia, sin soplos. Murmullo vesicular conservados con abundantes ruidos de secreciones en planos anteriores y posteriores. Abdomen: distendido con dolor a la palpación de forma generalizada y defensa acentuada en fosa iliaca derecha, ruidos hidroaéreos ausentes. Murphy negativo. MMII: No edemas ni signos de TVP. Se solicita analítica con tres series y radiografía simple de abdomen. Analítica: leucocitos 6.000 con neutrofilia del 83,9%, hemoglobina 13,6 g/d, plaquetas 169.000, glucosa 135 mg/dl, urea 40 mg/dl, creatinina 0,7 mg/dl, sodio 132, potasio 4,8. Amilasa y enzimas hepáticas dentro de la normalidad. Estudio de coagulación: INR 1,11; Tp Act 1,92%. Radiografía simple de abdomen: obstrucción intestino delgado. Apendicolitos. Ante los hallazgos de la radiografía se completa estudio con TAC abdominal: marcada dilatación de asas de yeyuno con contenido líquido en relación con obstrucción intestinal que podría ser secundaria a asa cerrada. En FID se aprecia apendicitis aguda con apendicolito en su base, e imagen sugestiva del absceso con aire en relación con apendicitis aguda evolucionada (plastrón/absceso).

Juicio clínico: Apendicitis. Obstrucción intestinal.

Diagnóstico diferencial: Colecistitis aguda, diverticulitis, perforación de víscera hueca, obstrucción intestinal mecánica.

Comentario final: En este caso clínico la evaluación sistemática y detallada de la radiografía de abdomen nos ha permitido conocer la causa del cuadro que presentaba el paciente, actuando en consecuencia para la petición de pruebas más específica y la intervención precoz del cuadro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burgos Marín J, Jiménez Murillo L, Jurado Gámez B, Montero Pérez FJ, Berlango Jiménez A, Arévalo Jiménez E. Dolor abdominal agudo. En: Jiménez Murillo L, coord. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010.