



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/151 - DOLOR ABDOMINAL

N. Cortina Garmendia<sup>a</sup>, A. Leibar Loiti<sup>b</sup>, J. Ortiz de Salido Menchaca<sup>b</sup>, B. Alonso Alfayate<sup>c</sup>, E. Casuso Sáenz<sup>d</sup> y X. Piris García<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cotolino I. Hospital de Laredo. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cotolino II. Hospital de Laredo. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud Cotolino. Cantabria. <sup>d</sup>Adjunta de Medicina Interna. Hospital de Laredo. Cantabria. <sup>e</sup>Adjunta. Servicio Urgencias Hospital de Laredo. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 43 años acude al servicio de urgencias del centro de salud refiriendo dolor suprapúbico y en FID de unos 4 días de evolución. Inicialmente es tratado como una ITU sin mejoría.

**Exploración y pruebas complementarias:** ACP: rítmico sin soplos y MVC. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en región suprapúbica y en FID con Blumberg -, en FID se palpa masa de unos 6 cm de diámetro aproximadamente. Ruidos conservados y percusión mate. Analítica: leucocitos  $16 \times 10^3/\text{mm}^3$ ; Hb 11,1 g/dl; HTO 33,9%; creatinina 0,76 mg/dl; PCR 20,60 mg/dl. Rx tórax: sin hallazgos patológicos. Abdomen simple: no se observan imágenes sospechas de obstrucción intestinal. Ecografía abdominal: área heterogénea de  $57 \times 42$  mm densidad partes blandas mal definida, sin llegar a identificar el apéndice cecal, asociada a un engrosamiento del íleon terminal (unos 9 cm) y líquido en fondo de saco de Douglas. Hallazgos compatibles con plastrón apendicular. TAC con contraste: sugieren un proceso inflamatorio de íleon terminal (EII/ileítis), con proceso inflamatorio de vecindad, individualizando en la zona una colección/absceso de aprox. 4 cm.; no considerando en principio un proceso inflamatorio apendicular agudo como responsable del proceso.

**Juicio clínico:** Plastrón inflamatorio en FID.

**Diagnóstico diferencial:** Ileítis terminal, enfermedad de Crohn.

**Comentario final:** Desde el punto de vista de atención primaria en el que no tenemos acceso inmediato a pruebas complementarias hay que destacar la importancia de realizar una buena exploración de abdomen y saber reconocer un abdomen agudo, y derivarlo a SUH sin demora. la exploración de abdomen debe conllevar una palpación exhaustiva buscando posibles masas abdominales y diferentes maniobras exploratorias para detectar posibles focos dolorosos. posteriormente debemos percutir el abdomen que nos orientara hacia un posible cuadro obstructivo o un abdomen normal. por último la auscultación.

## Bibliografía

1. Cartwright S, Knudson M. Evaluation of acute abdominal pain in adults. *Am Fam Physician*. 2008;77:971-8.
2. Morino M, Pellegrino L, Castagna E, Farinella E, Mao P, Rodolfo A. Dolor abdominal inespecífico. *Ann Surg*. 2006;244:881-6.