

La importancia del diagnóstico precoz. A propósito de un caso.

Carril-Caamaño, Isabel¹.

Cad Aten Primaria
Año 2018
Volume 24 (1)
Páx. 33 - 35

1 MIR III MFYC CENTRO DE SALUD VAL MIÑOR EOXI VIGO.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: María Isabel Carril Caamaño. e-mail: sabelacarril@gmail.com

Palabras clave: Apendicitis, absceso, fiebre.

No existen fuentes de financiamiento ni conflicto de intereses.

INTRODUCCIÓN

Varón de 27 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Trabaja en un almacén y es jugador de fútbol semiprofesional. Acude a urgencias del PAC en tres ocasiones por dolor subcostal derecho de varios días de evolución que localiza a punta de dedo, no irradiado, que empeora con la respiración, la palpación y el decúbito. Mejora con la sedestación. Refiere febrícula intermitente desde hace un mes, odinofagia intensa y tos seca con ocasional expectoración. No disnea. Niega traumatismo previo. Niega conductas sexuales de riesgo, contacto con animales y viajes recientes. No otra sintomatología de interés.

En la exploración física, el paciente se encuentra con buen estado general y estable hemodinámicamente. Afebril con exploración por aparatos y sistemas anodina. Lo único destacable es la presencia de amígdalas hiperémicas con exudados, adenopatías láterocervicales subcentimétricas y dolor a la palpación costal.

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS

¿Cuál crees que es el diagnóstico más probable?

1. Dolor de características osteomusculares.
2. Pericarditis.
3. Posible complicación de una apendicitis aguda.
4. Cualquiera de las anteriores.

La respuesta correcta es la 4. Tal y como se describen los síntomas, el dolor costal podría corresponder con un dolor de características musculares (a la palpación y con determinados movimientos se modifica el dolor), una pericarditis (dolor que se incrementa con la inspiración profunda y con el decúbito y mejora con la sedestación acompañado de febrícula) y también con una posible complicación de una apendicitis aguda.

¿Qué pruebas complementarias realizarías en este caso?

1. Estreptotest.
2. Ecografía abdominal.
3. Rx de tórax y ECG.
4. Todas las anteriores.

La respuesta correcta sería la 4. El estreptotest se realizaría para confirmar una amigdalitis bacteriana dada los signos y síntomas

(exudados amigdalares, febrícula, adenopatías...). La Rx de tórax y el ECG para descartar patología pulmonar o cardíaca. Por último, la Ecografía se podría realizar para descartar foco abdominal del dolor.

DIAGNÓSTICO

En resumen, se trata de un paciente de 27 años con dolor subcostal derecho a punta de dedo, no irradiado que mejora con la sedestación y empeora con la respiración, esfuerzos y movimientos corporales. Como síntomas acompañantes destacan febrícula intermitente, tos seca y la presencia de una faringoamigdalitis aguda (diagnosticada mediante streptotest, realizado en el PAC). La auscultación cardiopulmonar y las exploraciones abdominal y neurológica fueron normales.

Dado que el paciente había acudido a urgencias del PAC en dos ocasiones anteriores por el mismo motivo y dado el empeoramiento de la clínica, se decidió derivación al Hospital de referencia para realización de pruebas complementarias.

La primera impresión diagnóstica que se estableció fue la de una pericarditis aguda, dada las características del dolor y de los síntomas acompañantes. Se realizó entonces un ECG que resultó ser normal, una Rx tórax y Rx de parrilla costal derecha que también fueron normales. Asimismo, se realizó una analítica de sangre en donde apareció leucocitosis, neutrofilia y trombocitosis. La creatinina era de 1,41 mg/dl. Los electrolitos, CPK Y troponinas resultaron negativas. El estudio básico de la coagulación fue normal.

Ante estos hallazgos y la presencia de la faringoamigdalitis aguda no tratada, se decidió manejo conservador con amoxicilina-clavulánico, antiinflamatorios y alta hospitalaria.

El paciente acude dos días más tarde al hospital por persistencia de dolor de las mismas características junto con fiebre nocturna de 38°C y picos febriles de hasta 39°C. La exploración física fue idéntica a la anterior.

Se repite entonces la analítica apreciándose empeoramiento de la leucocitosis y de la neutrofilia, elevación de los reactantes de fase aguda (PCR y procalcitonina) y alargamiento del tiempo de protrombina. La gasometría venosa fue normal.

Dados los resultados de las pruebas y la situación clínica del paciente, se estableció el diagnóstico de síndrome febril sin foco y se realizó interconsulta con el servicio de Medicina Interna para ingreso, dada la ausencia de foco clínico evidente, la presencia de criterios clínico-analíticos de gravedad y el tiempo de evolución.

Posteriormente, se realizó una ecografía abdominal en la que se describieron los siguientes hallazgos: En segmento hepático VIII se visualiza una lesión focal redondeada hipoecogénica y discretamente heterogénea de bordes mal definidos, que presenta un diámetro máximo de 5 centímetros. En la fosa ilíaca derecha se visualiza una estructura tubular que se origina en el ciego y termina en fondo de saco, sin movimientos peristálticos, no compresible con el transductor, de pared discretamente hiperémica y de un diámetro máximo de 1 centímetro. Se observó también pequeña cantidad de líquido libre en pelvis y derrame pleural derecho de pequeña cuantía. Estos hallazgos fueron estudiados detalladamente tras la ECO, con TC abdominal. Finalmente, se confirmaron los diagnósticos: Absceso hepático secundario a apendicitis aguda junto con derrame pleural derecho.

Se solicitó interconsulta a cirugía general para intervención urgente y drenaje del absceso. Asimismo, se estableció tratamiento con Meropenem.

La evolución durante el ingreso fue tórpida, aumentando los reactantes de fase aguda y requiriendo cambio a piperacilina tazobactam y metronidazol.

Finalmente, el paciente fue dado de alta con amoxicilina-clavulánico y fue programado para drenar el resto del absceso de manera ambulatoria.

EXPLICACIÓN FINAL

La apendicitis aguda es una de las patologías quirúrgicas más frecuentes en las urgencias extra e intrahospitalarias. Presenta una máxima incidencia en la pubertad y hasta los 30 años. El riesgo de padecerla durante la vida es de un 6-20%. La incidencia en niños menores de 5 años y en mayores de 70 es baja.

La tríada clásica es la de fiebre, dolor en fosa ilíaca derecha, náuseas y vómitos. Suelen disminuir el número de deposiciones. Si aparece diarrea, nos debe de hacer sospechar en un apéndice retrocecal.

La sospecha clínica debe ser seguida de pruebas analíticas (pudiendo estratificar el riesgo con datos clínicos y de laboratorio). Por otra parte, la confirmación del diagnóstico se hará con pruebas de imagen. Entre estas últimas, el TC es de primera elección salvo en niños y mujeres en edad reproductiva en los que se debe escoger la ecografía abdominal en primer lugar. Destacar también que en la Rx de abdomen pueden visualizarse calcificaciones en la FID sugestivas de apendicolito.

Las complicaciones son poco frecuentes y se relacionan fundamentalmente con el retraso diagnóstico inicial.

El absceso hepático secundario a la apendicitis aguda es una complicación poco frecuente aunque potencialmente grave. La etiología suele ser polimicrobiana, destacando la *Escherichia coli* y el *Bacteroides fragilis*. La prueba diagnóstica más específica es el TC. El tratamiento consiste en antibioterapia de amplio espectro durante 4-6 semanas y en ocasiones se debe de plantear el drenaje percutáneo. Es una patología potencialmente mortal, de ahí la gran relevancia de diagnosticarla de manera temprana y proceder de manera correcta.

Por otra parte, no nos podemos olvidar de buscar una causa abdominal ante una fiebre de origen desconocido aunque en un primer momento no pensemos en ella.

Teniendo en cuenta el caso presentado, podemos reflexionar sobre que aspectos relacionados con la anamnesis y pruebas complementarias disponibles en Atención Primaria pudieran haber acelerado y simplificado el proceso diagnóstico.

La importancia de una anamnesis y una exploración física exhaustiva nos facilita una orientación clínica adecuada. Es necesario atender a todos los síntomas que presenta el paciente, sobre todo cuando consulta de forma reiterada por los mismos. Por ello, el seguimiento que en Atención Primaria podemos hacer de los pacientes es una herramienta fundamental, clave y accesible en cualquier momento, para el correcto abordaje de las patologías. En este caso este paciente no fue visto por su médico de familia.

La reflexión sobre el caso que nos ocupa señala como necesario dotar a la Atención Primaria de mayor accesibilidad a pruebas diagnósticas. Esto permitiría realizar de forma ambulatoria pruebas de imagen (como la ecografía o TC) de forma ágil y efectiva, que en este caso evitarían las complicaciones derivadas de la demora diagnóstica.

IMÁGENES:



Masa compatible con infección apendicular. Evolucionada que condicionó un absceso de hígado por su tratamiento no adecuado.



Absceso hepático

BIBLIOGRAFÍA

1. Rastović P, Trnić Z, Galić G, Brekalo Z, Lesko J, Pavlović M. Accuracy of Modified Alvarado Score, Eskelinen Score and Ohmann Score in Diagnosing Acute Appendicitis. *Psychiatr Danub.* 2017 May;29(2):134-141.

2. Fernández Lobato R. Pruebas de imagen y apendicitis aguda: importancia para la calidad asistencial. *Rev Calid Asist.* 2010;25(4):183-5.
3. Cochrane Database Syst Rev 2011 Jan 19;(1) [Base de datos en Internet] [consultado 3 de julio de 2017]. Manterola C, Astudillo P, Losada H, Pineda V, Sanhueza A, Vial M. Analgesia in patients with acute abdominal pain. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21249672#> Citado en Cochrane Library CD005660.
4. David A. Talan. In Reply. *Ann Emerg Med.* June 2017;69(6):795-797.
5. Jiménez Murillo L, Clemente Millán MJ, Cruz Alcaide AB, Montero Pérez FJ. Pericarditis aguda. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, directores. *Medicina de Urgencias y Emergencias.* 5° ed. Barcelona: El Sevier; 2015. p 206-208.
6. de Burgos Marín J, Jiménez Murillo L, Herrero González Y, Montero Pérez FJ, Berlango Jiménez A, Briceño Delgado FJ. Dolor abdominal agudo. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, directores. *Medicina de Urgencias y Emergencias.* 5° ed. Barcelona: El Sevier; 2015. p. 294-306.