

Caso clínico del 18 de enero de 2023

DRA. MARINA PINTOR REY (R2 MIR)

DR. ALBERTO MORÁN BLANCO (ADJ. MIR)



Presentación del caso:

MOTIVO INGRESO: Dolor abdominal.

ANTECEDENTES PERSONALES:

- Varón de 57 años.
- Obesidad.
- Fuma ½ paq/d. Bebedor de fin de semana.
- No enfermedades de interés. No intervenciones quirúrgicas.
- No alergias medicamentosas conocidas.
- No tratamientos habituales.

ESTADO ACTUAL:

Presenta en últimas 24 horas dolor en vacío izquierdo sin irradiación, es intermitente, lo refiere como “pinchazos” y que remite de forma espontánea. Tuvo dos deposiciones blandas de aspecto normal. Y en la mañana que acude a Urgencias comienza con tiritona y temperatura de 38°C. No otros síntomas acompañantes.



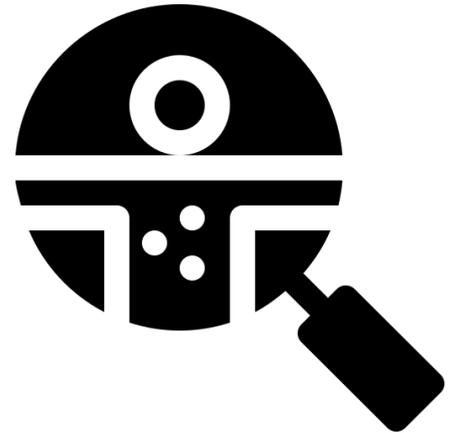
Presentación del caso:

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Buen estado general, obeso, hidratado, eupneico en reposo, PVC normal, rítmico a 90 lpm, auscultación pulmonar normal, abdomen blando, depresible y no doloroso, sin masas ni megalias, PPRB negativa, sin edemas.

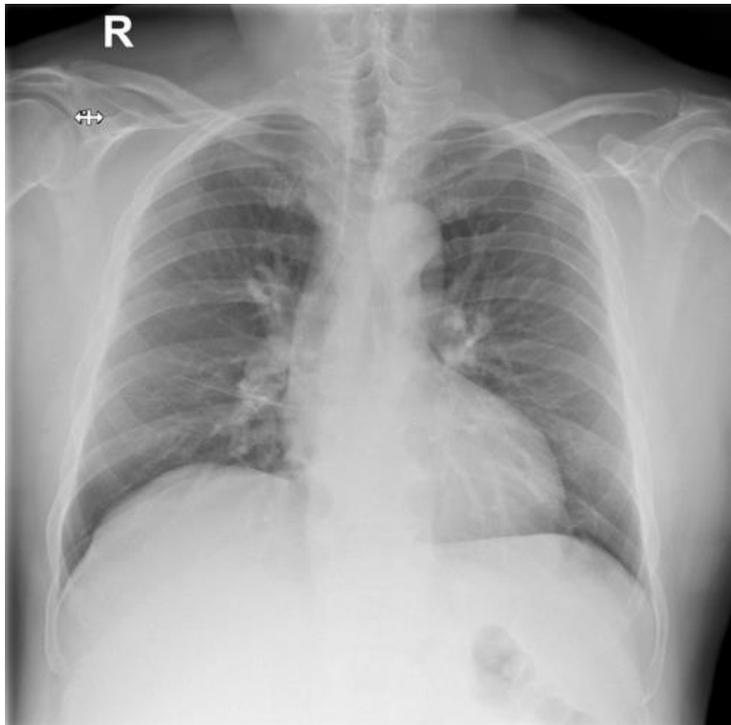
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

- Hemograma: L 4500 (87 seg; **8 cay**), Hb 17, VCM 85, **Plt 112000**.
- Coagulación: actividad 100%, INR 1, **Fibrinógeno 464**.
- Bioquímica: Glucosa 119, urea 33, creatinina 1.1, FG 72, **CK 319** (mb 19), amilasa 58, GOT 28, GPT 38, BT 0.8, **PCR 13, PCT 0.7**, Na 138, Cl 102, K 4.4.
- Sistemático de orina: pH 5, densidad 1010, proteínas y glucosa negativos, nitritos negativos.
- Sedimento de orina: 5-9 hematíes/campo, abundantes células de vías bajas.



ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

Radiografía de tórax y abdomen:



ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

Ecografía abdominal:

Se explora la fosa ilíaca izquierda, valorando el marco colónico, **sin observarse signos de diverticulitis** aguda. Hígado parcialmente visualizado, de tamaño y morfología normales. Se observa aumento de la ecogenicidad hepática, en probable relación con **esteatosis hepática**. Vena porta de calibre normal y con flujo hepatópeto. Vesícula biliar de pared fina, sin litiasis en su interior. La vía biliar no se encuentra dilatada. Páncreas, aorta abdominal y retroperitoneo no valorables por interposición de gas intestinal. Bazo homogéneo, de tamaño normal (10,4 cm). Riñones de tamaño y morfología normales, con grosor parenquimatoso conservado y buena diferenciación cortico-medular. La vía excretora no se encuentra dilatada. Vejiga a media repleción, sin alteraciones groseras.



Presentación del caso:

EVOLUCIÓN:

El paciente queda en observación de Urgencias tras interconsulta con Medicina Interna (se administra ciprofloxacino y metronidazol; se solicita ecografía abdominal (que es la referida anteriormente) y en la mañana del día siguiente se comenta para pasar a la Unidad de Corta Estancia.

En ese momento el paciente está **sudoroso sin dolor abdominal u otra clínica.**

La exploración es normal.

Tiene 37,3°C y una tensión arterial de 121/80 mmHg.

En analítica de esa mañana L 4400 (62 seg; 14 cay), Hb 16.1, Plt 81000, actividad 84%, INR 1.1, fibrinógeno 655, glucosa 98, urea 51, creatinina 1.8, FG 42, Na 138, Cl 104, K 4.3, amilasa 46, GOT 23, GPT 36, BT 0.9, PCR 250, y PCT 90.

En resumen...



DOLOR ABDOMINAL
AGUDO
+
FIEBRE

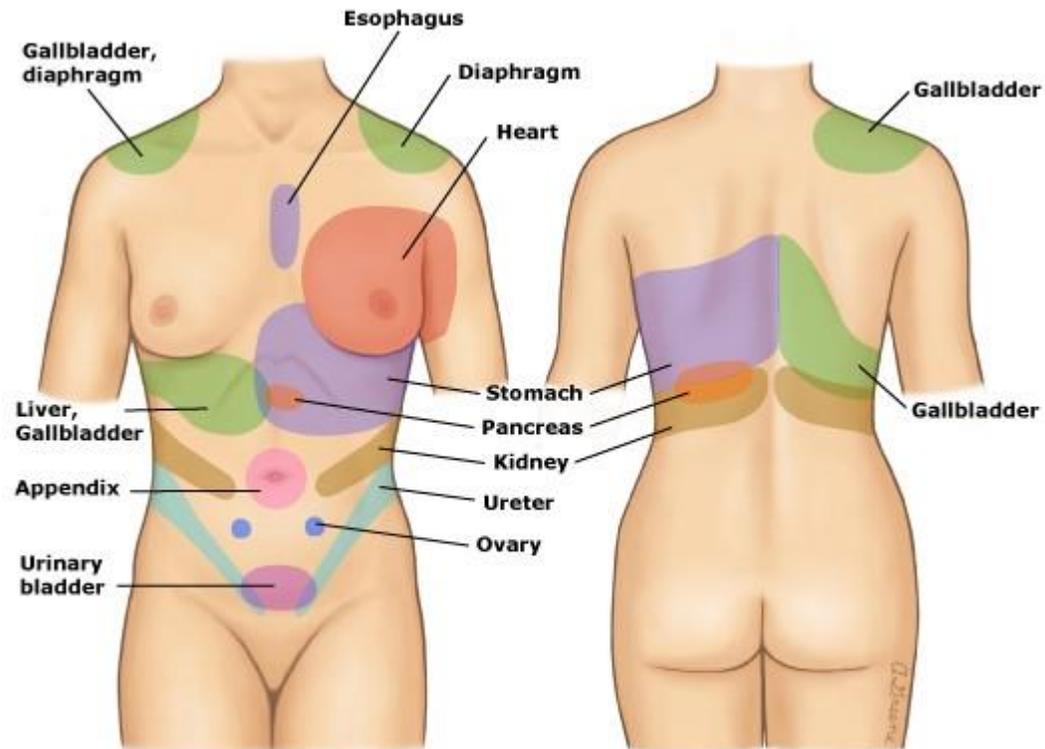
♂ + 57 años + obesidad
+ fumador + bebedor
ocasional

Clínicamente OK

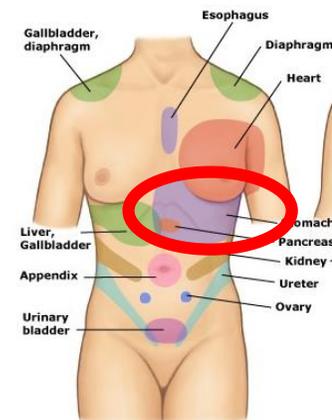
Analíticamente:

- ↑ RFA: desviación izquierda, PCR, PCT, FD.
- FRA
- Trombocitopenia leve

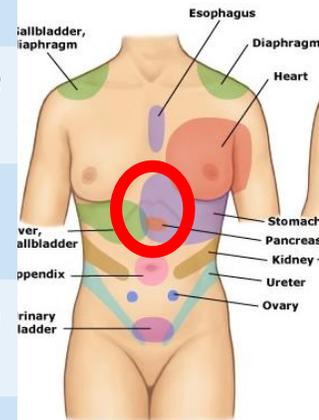
DOLOR ABDOMINAL



CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO (CSI)	Características clínicas	Comentarios
ESPLENOMEGALIA	Dolor o malestar en CSI, dolor en hombro izquierdo y/o saciedad precoz.	Múltiples etiologías.
INFARTO ESPLÉNICO	Dolor CSI severo.	Presentaciones atípicas comunes. Asociado con una variedad de condiciones subyacentes (p. ej., estado de hipercoagulabilidad, fibrilación auricular y esplenomegalia).
ABSCESO ESPLÉNICO ←	Asociado con fiebre y sensibilidad CSI.	Poco común. También puede estar asociado con infarto esplénico.
RUPTURA ESPLÉNICA	Puede quejarse de CSI, dolor en la pared torácica izquierda o en el hombro izquierdo que empeora con la inspiración.	La mayoría de las veces se asocia con traumatismos.

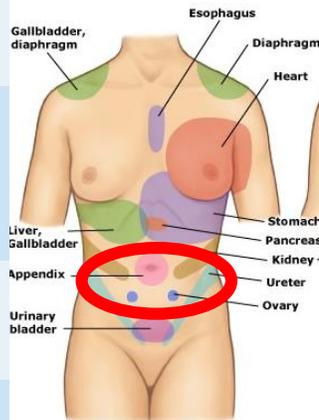


DOLOR EPIGÁSTRICO	Características clínicas	Comentarios
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	Puede estar asociado con dificultad para respirar y síntomas de esfuerzo.	Considere particularmente en pacientes con factores de riesgo para enfermedad arterial coronaria.
PANCREATITIS AGUDA ←	Dolor abdominal superior persistente de inicio agudo que se irradia a la espalda.	
PANCREATITIS CRÓNICA	Dolor epigástrico que se irradia a la espalda.	Asociado a insuficiencia pancreática.
ÚLCERA PÉPTICA	El dolor o malestar epigástrico es el síntoma más prominente.	Ocasionalmente, la incomodidad se localiza en un lado.
ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO	Asociado con acidez estomacal, regurgitación y disfagia.	
GASTRITIS/GASTROPATÍA	Malestar/dolor abdominal, acidez estomacal, náuseas, vómitos y hematemesis.	Variedad de etiologías que incluyen alcohol y AINES.
DISPEPSIA FUNCIONAL	La presencia de uno o más de los siguientes: plenitud postprandial, saciedad temprana, dolor epigástrico o ardor.	Los pacientes no tienen evidencia de enfermedad estructural.
GASTROPARESIA	Náuseas, vómitos, dolor abdominal, saciedad temprana, plenitud postprandial y distensión abdominal.	La mayoría de las causas son idiopáticas, diabéticas o posquirúrgicas.



ABDOMEN BAJO**Localización****Características clínicas**

APENDICITIS ←	Generalmente cuadrante inferior derecho	Dolor periumbilical inicialmente que se irradia al cuadrante inferior derecho. Asociado con anorexia, náuseas y vómitos. *Los pacientes ocasionales presentan dolor abdominal epigástrico o generalizado.
DIVERTICULITIS ←	Generalmente cuadrante inferior izquierdo. (Cuadrante inferior derecho más común en pacientes asiáticos.)	El dolor suele ser constante y presente durante varios días antes de la presentación. Puede tener náuseas y vómitos asociados. *La presentación clínica depende de la gravedad del proceso inflamatorio subyacente y de la presencia o no de complicaciones.
NEFROLITIASIS	Cualquiera	Dolor síntoma más común, varía de leve a severo. Generalmente dolor en el costado, pero puede haber dolor de espalda o abdominal. *Causa síntomas a medida que el cálculo pasa de la pelvis renal al uréter.
PIELONEFRITIS ←	Cualquiera	Asociado con disuria, polaquiuria, urgencia, hematuria, fiebre, escalofríos, dolor en el flanco y sensibilidad en el ángulo costovertebral.
RETENCIÓN URINARIA AGUDA	Suprapúbico	Presente con dolor abdominal inferior y molestias; incapacidad para orinar.
CISTITIS	Suprapúbico	Asociado con disuria, polaquiuria, urgencia y hematuria.
COLITIS INFECCIOSA ←	Cualquiera	La diarrea es el síntoma predominante, pero también puede haber dolor abdominal asociado, que puede ser intenso. *Los pacientes con infección por <i>Clostridioides difficile</i> pueden presentar abdomen agudo y signos peritoneales en el contexto de perforación y colitis fulminante.



DIFUSO/POCO CARACTERIZADO

Obstrucción intestinal

Perforación del tracto gastrointestinal ←

Isquemia mesentérica aguda

Isquemia mesentérica crónica

Enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn)

Gastroenteritis viral

Peritonitis bacteriana espontánea ←

Peritonitis relacionada con la diálisis

Cáncer colorectal

Otra malignidad

Enfermedad celíaca

Cetoacidosis

Insuficiencia suprarrenal

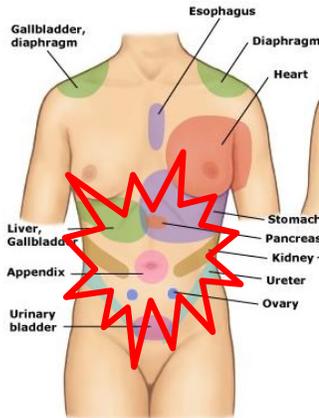
Enfermedad transmitida por alimentos

Síndrome del intestino irritable

Estreñimiento

Diverticulosis

Intolerancia a la lactosa

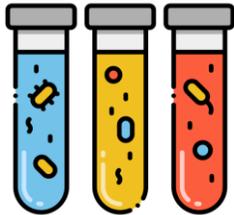


DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ABSCESO ESPLÉNICO	✓	Fiebre. Dolor abdominal en el cuadrante superior izquierdo o flanco izquierdo. Ideal TC/RM.
	✗	Eco: Lesión hipoecoica o quística mal definida.
PIELONEFRITIS	✓	Fiebre, escalofríos, dolor en el flanco (a veces dolor atípico: epigastrio o abdomen inferior), sensibilidad en el ángulo costovertebral y náuseas/vómitos. Síntomas de cistitis a menudo, la ausencia no descarta el diagnóstico.
	✗	PPRB -. Piuria, bacteriuria.

MI ACTITUD A CORTO PLAZO

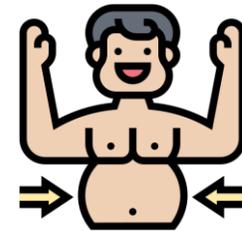
CULTIVOS (SANGRE Y ORINA)



AMPLIAR COBERTURA
ANTIBIÓTICA



TC ABDOMINAL





Sesión clínica Medicina Interna

18 de enero de 2023

Marina Pintor
Alberto Morán

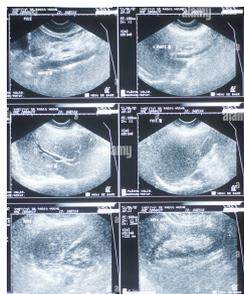
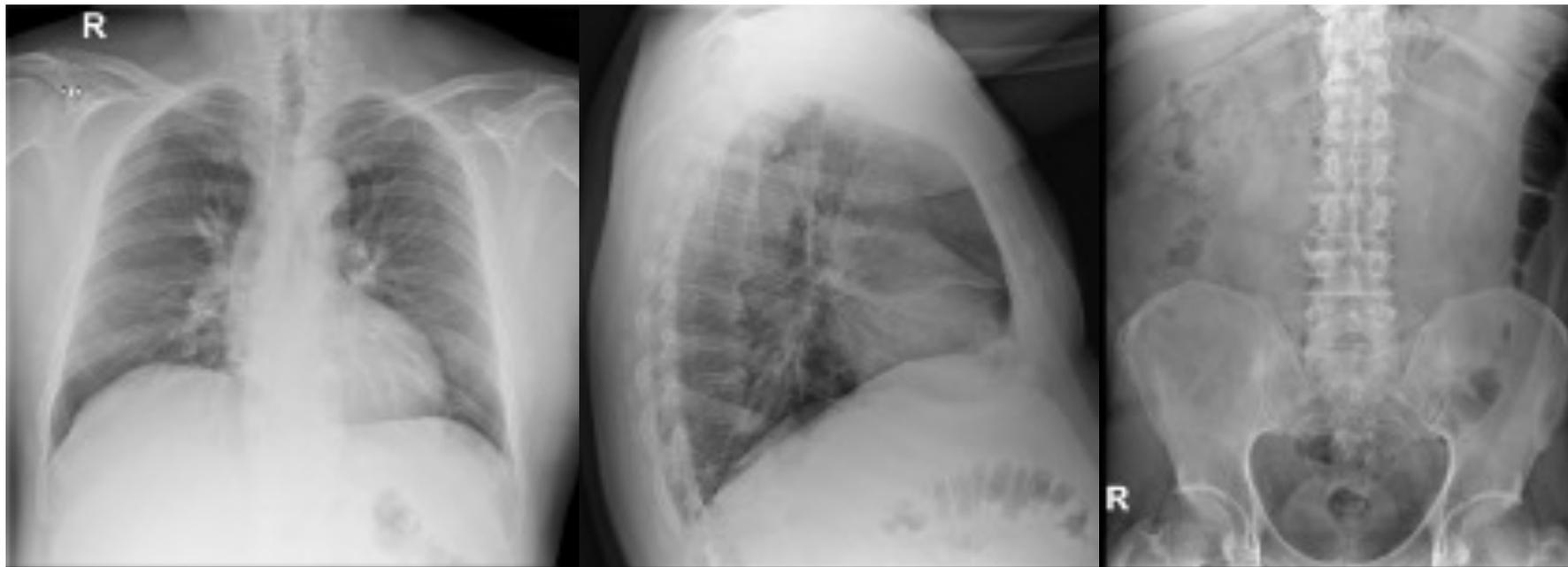


Caso clínico

- Varón 57 años. Obeso.



Estudios radiológicos

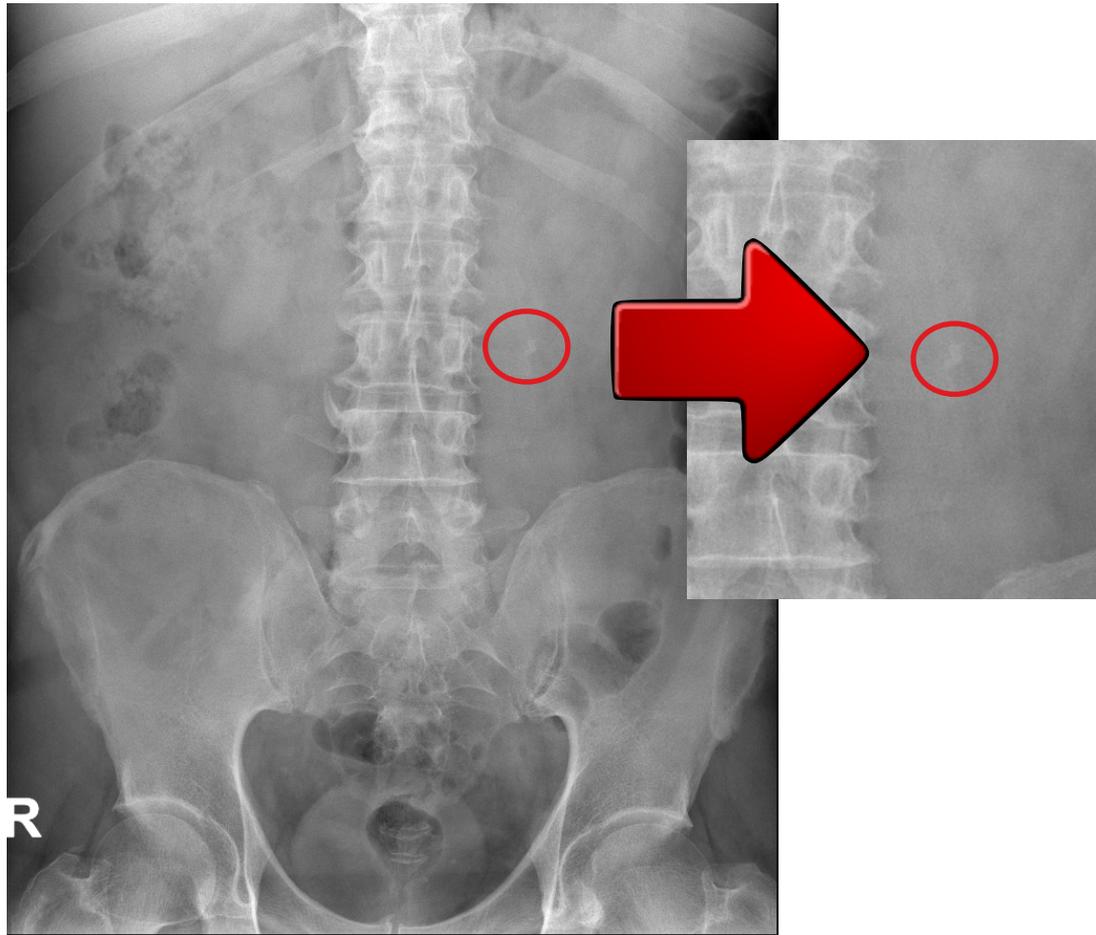


Ecografía abdominal normal

¿ Qué hacer ?



Radiología simple de abdomen



TAC abdominal

Moderada **uréterohidronefrosis izquierda**, con parénquima renal hipocaptante de forma difusa respecto al riñón contralateral, identificándose como causa obstructiva una imagen compatible con **litiasis alojada en el uréter proximal con un diámetro de 7 mm**, recuperando posteriormente su calibre normal hasta la desembocadura ureteral en el meato. No se visualizan otras litiasis a nivel renal, ureteral y o vesical.

La grasa del espacio perirrenal izquierdo presenta aumento de atenuación y trabeculación de la misma, asociando un discreto engrosamiento de morfología lisa tanto de la fascia lateroconal como de la fascia pararrenal anterior ipsilaterales, estando estos hallazgos en relación con cambios secundarios a **proceso inflamatorio local**.

Hígado con ligero aumento difuso de su valor de atenuación, en relación con esteatosis, sin que se identifiquen lesiones ocupantes de espacio. Vesícula y vías biliares normales.

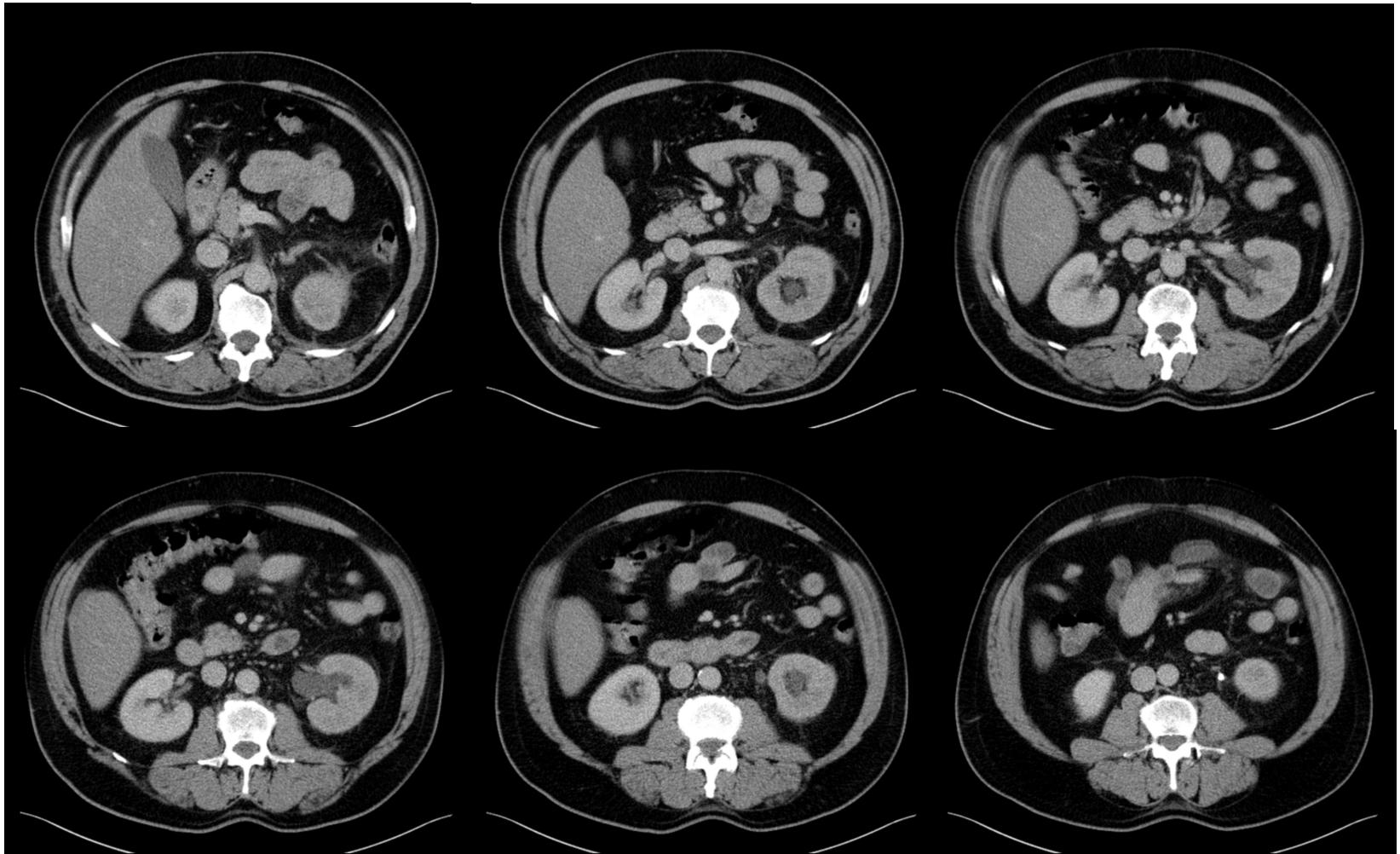
Eje esplenoportal permeable.

Bazo, páncreas, suprarrenales y riñón derecho, sin alteraciones significativas.

Vejiga urinaria muy poco replecionada, no valorable. Calcificaciones prostáticas.

Divertículos en sigma y colon descendente, sin que se observen signos de diverticulitis aguda.

No se observan adenopatías mesentéricas, retroperitoneales ni en cadenas ilíacas.



Evolución

Hemocultivos seriados x 2 veces (ingreso y al tercer día que hizo pico febril) = negativos

Urocultivo = no se recogió.

Tto: Ceftriaxona + gentamicina + Pigtail

Alta al 4º día de ingresar.

- A los 11 meses INGRESA y se intenta nefrostomía percutánea izq y se coloca doble J anterogrado izq.
- A los 7 meses del anterior vuelve a INGRESAR y se hace ureteroscopia izq que no es posible y se deja un doble J de larga duración.
- 3 meses mas tarde nuevo INGRESO y ureteroscopia: se ve tumoración que se biopsia (inflamación) y se recoge cito de orina (negativa), se fragmenta litiasis de 0.7 mm con láser y se deja doble J de corta duración.
- Al mes se retira el doble J.



Algunas cosas que comentar...



Litiasis renal

Asintomáticos.

Síntomas clásicos: dolor + hematuria.

Síntomas atípicos: dolor impreciso, dolor en flanco, náuseas, polaquiuria, dificultad para orinar...

Clinic

- El 80% son de **calcio** (oxalato). El TAC los puede diferenciar.
- Es obligado realizar un **estudio de imagen**.
- Si produce una obstrucción renal puede provocar daños permanentes, es una **urgencia urológica** (requiere rápida descompresión). Se puede desencadenar una sepsis.
- La mayoría de los **cálculos < 5mm** pueden ser expulsados espontáneamente (también importante la localización).
- Si **>5 mm y <10 mm**: tamsulosina (4s).
- **>10 mm** o que no se expulsa: litotricia, nefrolitotomía percutánea, más rara la cirugía laparoscópica.
- Analizar **composición de la litiasis**. Valorar patologías subyacentes.



Imaging modalities for nephrolithiasis

	Advantages	Disadvantages
Ultrasound kidneys and bladder	<ul style="list-style-type: none"> No ionizing radiation; lower cumulative radiation dose in patients undergoing repeated imaging Reliably detects hydronephrosis 	<ul style="list-style-type: none"> Low to moderate sensitivity and wide variability in diagnostic performance; detects 24 to 57% of stones seen with CT^[1,2] Inaccurate stone size measurements and ureteral localization for treatment planning Likely nondiagnostic in patients with large body habitus (males >285 lb, females >250 lb), or those with end-stage kidney disease
Noncontrast CT abdomen and pelvis	<ul style="list-style-type: none"> Highest diagnostic accuracy; pooled sensitivity 0.97 and specificity 0.95 for low-dose examination^[3] Reliably detects hydronephrosis Accurate stone size measurements and ureteral localization for treatment planning 	<ul style="list-style-type: none"> Ionizing radiation; effective dose 2 to 3 mSv with low-dose and 10 to 12 mSv with standard-dose examination Rarely, a second set of images after intravenous contrast are needed for definitive diagnosis of urolithiasis*
Abdomen radiograph	<ul style="list-style-type: none"> Accurate stone size measurements and ureteral localization for treatment planning 	<ul style="list-style-type: none"> Low to moderate sensitivity and wide variability in diagnostic performance; detects 29 to 59% of stones seen with CT^[4,5] Does not detect hydronephrosis Ionizing radiation; effective dose 0.8 mSv with each view
MRI abdomen and pelvis	<ul style="list-style-type: none"> No ionizing radiation Reliably detects hydronephrosis Accurately localizes the site of ureteral obstruction for treatment planning 	<ul style="list-style-type: none"> Very low sensitivity as stones are nearly invisible Inaccurate stone size measurements for treatment planning Requires patient lie still in enclosed scanner for 10 to 20 minutes
Intravenous pyelography (IVP)	<ul style="list-style-type: none"> Reliably detects hydronephrosis Accurate stone size measurements and ureteral localization for treatment planning 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostic performance not quantified; less accurate than CT Ionizing radiation; effective dose 3 mSv Intravenous contrast required

