



# CASO CLÍNICO

**Técnicas Quirúrgicas básicas**

**“Universidad del Sureste”  
6to. Semestre Medicina Humana**





## **ANAMNESIS:**

Varón de 29 años acude a urgencias por dolor abdominal epigástrico. La aparición súbita del dolor fue hace 5 horas, con irradiación a la fosa ilíaca izquierda.

En asociación con este síntoma, tenía náuseas, hiporexia, y sensación de alza térmica. La frecuencia de evacuación intestinal fue de 7 veces en 24 horas

Niega vómitos.

## **Antecedentes Personales:**

No tiene hábitos nocivos

## **Antecedentes Patológicos:**

Bronquitis alérgica desde la infancia y sinusitis crónica.

## **Antecedentes Familiares:**

Refiere que su madre tuvo problemas en el embarazo para concebir, y que además solía sufrir mucho de “congestión nasal a repetición”

## Funciones Biológicas:

Apetito: Disminuido	Orina: Sin
Sed: Incrementada	alteraciones
Ánimo: Preocupado	Heces: Blandas y
Sueño: Conservado	frecuencia
Peso: Sin alteraciones	aumentada

## Examen Físico:

FC: 110lpm FR: 18rpm PA: 118/70 T° : 38.7° C

Consciente, orientado en las 3 esferas, sin signos de inestabilidad hemodinámica.

Inspección: Reveló hipocratismo digital.

Auscultación: La auscultación pulmonar no mostró alteraciones, mientras que la auscultación cardíaca detectó punto de máximo impulso a la derecha, y los ruidos cardíacos clásicos de auscultación también se situaron en el hemitórax derecho.

Palpación: La palpación abdominal confirmó que la paciente presentaba dolor en la fosa ilíaca izquierda, pero no se encontraron signos de peritonitis.

### **Dx Sindromico:**

- Síndrome Doloroso Abdominal
- Síndrome Diarreico

### **Dx Etiológico:**

Apendicitis aguda, gastroenteritis, diverticulitis, cólico renal,

## Principal:

**Apendicitis aguda** -> A pesar que no posee el clásico dolor en fosa iliaca derecha, se debe considerar esta opción por los síntomas, tiempo, irradiación hacia fosa iliaca típica.

**Gastroenteritis** -> Por la presencia de síntomas mencionados estaríamos ante la sospecha de una infección gastrointestinal, sin embargo, no tiene historia de haber consumido algo en mal estado o poco cocido

**Diverticulitis** -> Se considera por el dolor en cuadrante inferior izquierdo típico además de las náuseas y fiebre.

**Cólico renal** -> La obstrucción por un cálculo renal podría producir un intenso dolor abdominal, sin embargo también tendría molestias urinarias lo cual este paciente no tiene.

**ITU** -> De igual forma el dolor podría ser ocasionado por infección urinaria, sin embargo, no presenta molestias urinarias.

# Plan de Tratamiento

-Hemograma

-Examen de orina

-PCR

**Bioquimicos:**

-Creatinina

**Estudio de imágenes:**

-Rayos X de tórax y abdomen

-Tomografía de tórax y abdomen

Se encontró evidencia de engrosamiento de la pared del colon, asociado con edema de la mucosa y visión borrosa de la grasa visceral adyacente en la fosa ilíaca izquierda. Con base en los síntomas y signos clínicos, pruebas de laboratorio y exámenes de imagen, se diagnosticó a la paciente de apendicitis aguda en el lado izquierdo y se realizó la intervención quirúrgica.

## **RESULTADOS:**

-**Hemograma:** Leucocitos: 19000

Abastionados: 5%

-**Ex. Orina:** Leucocitos: 28000 en orina (leucocituria)

-**PCR:** 8.9mg/dL

-**Creatinina:** 0.9

## **Imágenes:**

-Los Rayos X mostraron dextrocardia.

-La tomografía reveló Situs Inversus.

-También se evidenció signos de bronquiectasia, engrosamiento de la pared bronquial y bronquiolar

## Cirugía:

Se realizó una incisión oblicua en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen, con disección a través de los planos anatómicos para abrir la cavidad peritoneal. Tras identificar el apéndice cecal, que mostraba apendicitis grado 3, se realizó ligadura del mesoapéndice y sutura del saco en la base del ciego. La apendicectomía se realizó luego de esta doble ligadura, seguida de invaginación del muñón apendicular, inspección minuciosa de la cavidad peritoneal, lavado de la zona con líquido estéril, cierre de la incisión y vendaje de la herida quirúrgica.

## Dx confirmatorio:

El examen anatomopatológico confirmó el diagnóstico



FIGURE 6: Grade 3 appendicitis (perforated with localized free fluid) removed from the patient.

El diagnóstico de SK fue sugerido por la historia clínica y los exámenes de imagen.

