

NO TODO ES LO QUE PARECE

Introducción

La estructura pleural por vecindad y correlación anatómica de inervación, es la que con más frecuencia origina dolor abdominal reflejo. El origen del dolor abdominal agudo puede ser secundario a patologías intraabdominales y extraabdominales.

Metodología y Resultados

Caso 1: Lactante 15 meses derivado por **episodio de palidez y deterioro del estado general** tras un vómito; diagnosticado de rinofaringitis 4 días antes con fiebre las primeras 48 horas. Radiografía de tórax al 2º día: normal.

Exploración: TEP alterado aspecto. Afebril. Palidez cutánea, no lesiones cutáneas, muy irritable; **cardiopulmonar:** poco valorable por llanto y quejido, taquicárdico y taquipneico; **abdominal:** globuloso, doloroso a la palpación, timpánico, disminución del peristaltismo. No masas.

P. complementarias: ecografía abdominal: no invaginación; abundantes heces en colon. Se prescribe enema (4 días sin defecar): efectivo; el paciente mejora.

Al **revalorarlo:** mejor aspecto general, pálido, no irritabilidad, no quejido. Febril, taquicárdico y taquipneico. Auscultación pulmonar: hipofonesis en base izquierda. Abdomen: normal. Por ello solicitamos: hemograma: leucocitos con neutrofilia; PCR 274 mg/L; PCT 6.74 ng/mL; radiografía tórax: derrame pleural izquierdo, con opacidad retrocardiaca; ecografía de tórax: derrame pleural sin tabiques ni ecos en su interior de unos 12.8 mm.

Sospecha diagnóstica: Invaginación intestinal. **Diagnóstico final:** neumonía retrocardiaca con derrame pleural.



Caso 2: Niño de 7 años acude por **dolor abdominal en fosa iliaca derecha** de 24 horas de evolución y fiebre. No refiere otra sintomatología.

Exploración: dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha con signos de irritación peritoneal.

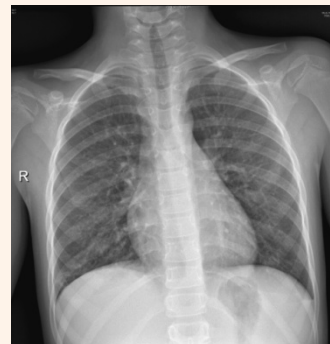
P. complementarias: hemograma (leucocitosis con neutrofilia); PCR: 375 mg/L, análisis de orina: normal, ecografía abdominal: apéndice de 5 mm y líquido libre pericecal. Interconsulta a cirugía: actitud expectante; radiografía de tórax: normal.

Tratamiento: Cefotaxima.

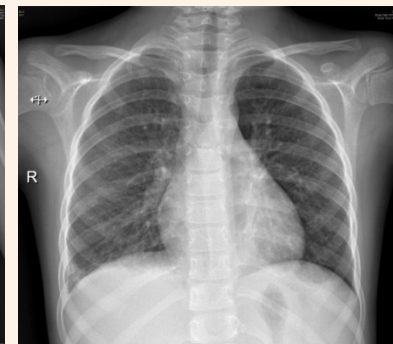
Por persistencia del cuadro, repetimos ecografía abdominal, descartando proceso apendicular y analítica: PCR 321 mg/L y Procalcitonina 94,87 ng/mL.

Reexplorando auscultamos crepitantes en base pulmonar derecha; resto de la exploración sin cambios (incluido el dolor en fosa iliaca derecha); se repite radiografía de tórax (20 h. más tarde de la previa): neumonía multilobar con derrame pleural derecho

Sospecha diagnóstica: apendicitis. **Diagnóstico final:** Neumonía multilobar con derrame pleural.



1ª



2ª

Conclusiones

La clínica del paciente sigue siendo una pieza clave para un diagnóstico correcto. Es fundamental detectar las emergencias quirúrgicas, sin olvidarnos de las etiologías extraabdominales. Para ello es fundamental una **exploración física adecuada** y **reevaluación continua** del paciente.