

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar
mejorar
Avanzar

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

Minimizar
mejorar
Avanzar

PÓSTER SIN DEFENSA

**Causa infrecuente de abdomen agudo:
a propósito de un caso**

Poveda Cano M, Sáez Sánchez A, Sanz Zafrilla E, De las Heras Gómez L, Atienzar Gallego R, Navarro Felipe A. *Complejo Hospitalario Universitario Albacete. Albacete.*

Introducción

El dolor abdominal constituye casi el 10% de los motivos de consulta en urgencias pediátricas.

En la mayoría de las ocasiones, está producido por patologías menores, pero resulta fundamental saber diferenciar aquellas situaciones que requieren intervención médica o quirúrgica urgente.

Debemos realizar una adecuada historia clínica y exploración física, en función de la cual solicitaremos pruebas complementarias para ayudar a confirmar o descartar nuestra sospecha diagnóstica.

Objetivos

Dar a conocer una patología infrecuente causante de dolor abdominal.

Métodos

Estudio observacional, descriptivo.

Caso clínico:

Niña de 7 años de edad, sin antecedentes de interés, remitida desde Atención Primaria por dolor abdominal intermitente, periumbilical, y fiebre (máximo 39,4°C). Vómitos alimentarios en dos ocasiones, no diarrea.

Exploración física: TEP estable, abdomen distendido, no se palpan masas ni megalias, doloroso a la palpación de manera difusa, más intenso en fosa ilíaca derecha con defensa positiva y signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias: Analítica sanguínea con leucocitosis y desviación izquierda. Ecografía abdominal: Distensión de asas a nivel de hemiabdomen derecho y alteración de la ecogenicidad en hemipelvis derecha con efecto masa, sin poder visualizar apéndice, a valorar apendicitis evolucionada.

Resultados

Ante sospecha de abdomen agudo se decide intervención quirúrgica urgente.

Se realiza laparotomía mediante incisión de McBurney,, apreciándose tumoración indurada extraperitoneal suprapúbica, bien delimitada que no parece depender de intestino ni de anejo derecho, no inflamación a nivel apendicular.

Se realiza apendicectomía profiláctica y tumorectomía de la lesión.

Tras resultados anatomopatológicos se confirma origen inflamatorio de la tumoración, correspondiendo a quiste de uraco sobreinfectado y necrosado.

Conclusiones

El quiste de uraco es una anomalía congénita poco prevalente. La mayoría de quistes uracales son de pequeño tamaño y asintomáticos, hasta que debutan clínicamente con sus complicaciones. De ellas, la más común es la sobreinfección por S. Aureus, pudiendo simular una apendicitis aguda.

Para su correcto diagnóstico se requieren pruebas complementarias, siendo la ecografía una técnica muy apropiada para una buena aproximación diagnóstica. La cirugía, con la excisión completa de los restos uracales es el tratamiento de elección.