

Tractament quirúrgic del singlot

Bottaro Parra, David (1); Monteserin Nadal, Rosa (2); Fernandez Valverde, Diana (1); Casasa Planas, Albert (2); Vasquez Pirillo, Gastón (1); Tarin Pico, Victoria (1); Jimenez Muñoz, Beatriz (1); Rovira Marcelino, Gemma (1).

1. Resident de medicina de família. Equip d'Atenció Primària Sardunya-Barcelona.
2. Metge de Família. Equip d'Atenció Primària Sardunya-Barcelona.

Pacient de 35 anys d'edat, amb dèficit cognitiu lleu i sense antecedents patològics d'interès. Va acudir a visita urgent al centre d'atenció primària referint singlot recurrent i intens de diversos dies d'evolució que posteriorment es va acompanyar de dolor abdominal difús tipus còlic i distensió abdominal. Refereix que el singlot cada vegada es fa més intens i que és molt limitant.

A l'exploració física el pacient es troba hidratat, afebril i eupneic. Tòrax simètric, normo expansible sense sorolls afegits. Abdomen globulós, tou, depressible, amb dolor difús a la palpació, punt de Mc Burney i Blumberg negatius encara que fa discreta defensa a la palpació profunda.

S'inicia tractament amb Clorpromazina però donat que persisteix el singlot, es decideix derivar al centre d'urgències d'atenció primària per a realització d'analítica i proves d'imatges complementàries.

En arribar al centre d'urgències el pacient es trobava en condicions clíniques estables amb persistència del singlot. A la palpació l'abdomen és tou, mal difús i amb defensa, no es palpen masses ni visceromegàlies. Tacte rectal normal.

Es realitza analítica sanguínia d'urgència en la qual destaca elevació de reactants de fase aguda amb leucòcits en 16.900 a costa de neutròfils en 87,9%, limfòcits 2,70%, monòcits 8,90% , Proteïna C reactiva 460. Glucèmia de 126 mg / dl , Urea 10,3 mmol / L, creatinina 145 UGR / L, Na 133 mmol / L, K 3,8 mmol / L. Gasos arterials dins de la normalitat.

Sediment d'orina amb 5-10 eritròcits x camp, 5-10 leucòcits x camp i abundants cèl·lules de descamació epitelial i cristalls d'urat.

Radiologia de tòrax normal. Radiologia d'abdomen amb imatges en pila de monedes, amb edema de parets i signes suboclusius. TAC d'abdomen: s'observa la presència d'una nansa que acaba en fons de sac, que sembla correspondre a apèndix cecal, de localització retrocecal, augmentat de grandària amb hipercaptació mural i infiltració del greix adjacent així com adenopaties ileocecal. També s'observa imatge densa intra apèndix i bombolla aèria adjacent.

És valorat pel servei de cirurgia que decideixen realitzar intervenció quirúrgica laparoscòpica. Es realitza apendicectomia i rentat peritoneal en trobar pus lliure en cavitat abdominal.

Diagnòstic

Abdomen agut inflamatori: apendicitis aguda perforada. Peritonitis. Insuficiència renal aguda.

Diagnòstic diferencial

Tumor pulmonar, pneumònia, empiema, asma, pericarditis, vessament pericàrdic, taponament cardíac, aneurisma de l'aorta, colecistitis, apendicitis, peritonitis.

Si bé l'abdomen agut inflamatori és una patologia en la qual el diagnòstic és principalment clínic, de vegades no és tan fàcil arribar al diagnòstic només amb una bona anamnesi i exploració física. En ocasions l'abdomen agut inflamatori es manifesta amb símptomes inusuals, dels quals sempre cal tenir certa sospita.

Immediatament després de la intervenció quirúrgica, el singlot desapareix per la qual cosa s'associa directament aquest símptoma tan inhabitual a la patologia inflamatòria abdominal.

Bibliografia

- <http://emedicine.medscape.com/article/775746-overview>
- <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1941/pdf/A11-4-1941-3.pdf>

Citació científica

Autors: Bottaro Parra, David; Monteserin Nadal, Rosa; Fernandez Valverde, Diana; Casasa Planas, Albert; Vasquez Pirillo, Gastón; Tarin Pico, Victoria; Jimenez Muñoz, Beatriz; Rovira Marcelino, Gemma

Títol article: *Tractament quirúrgic del singlot*
Nom revista: *APSalut. Volum 1. Número 4. Article 18*
Data: 13 de setembre de 2013

UNITAT DOCENT D'ACEBA / Sardenya, 466 - 08025 Barcelona / Tel. 93 567 43 80 / udaceba@aceba.cat