Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1133

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2264 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO. COMPLICACIÓN DE RTU

A. Soliva Navarro[a], N. Guillamón Soler[b], C. Monzó Monserrat[c] y C. Navarro Cueva[d]

[a]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranquet. Castellón.
[b]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pintor Sorolla. Castellón.
[c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pintor Sorolla. Castellón.
[d]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rafalafena. Castellón.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 76 años que acude a nuestra consulta de atención primaria de manera urgente por dolor abdominal difuso de 12 horas de evolución acompañado de hematuria con coágulos. No refiere fiebre, náuseas ni vómitos. No alteraciones del hábito intestinal. No presenta otra clínica acompañante. Como antecedentes: EPOC, FA y fue intervenido hace 1 semana de RTU vesical por tumor vesical recidivante. En tratamiento con sintrom. Es exfumador desde hace 25 años.

Exploración y pruebas complementarias: El paciente a su llegada impresiona de gravedad, consciente y orientado, palidez cutánea y normohidratado, taquipneico en reposo (FR: 30 rpm). TA: 213/90 mmHg; FC: 78 lpm; SatO2: 94%; Tª: 37 ºC. ACP: rítmica sin soplos audibles. MV disminuido bilateralmente de predominio en pulmón izquierdo. Abdomen distendido, doloroso a la palpación de forma generalizada. Blumberg y Murphy negativo. PPL negativo bilateral. No se palpan masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos abolidos. MMII: sin edemas, pulsos pedios conservados. Tras la gravedad se deriva a urgencias. Bioquímica: urea: 58 mg/dl; creatinina: 1,55 mg/dl; sodio: 123 mmol/L; PCR: 92,8 mg/dL. Hemograma: leucocitos: 10.980/mmc; neutrófilos: 92,9%; hemoglobina: 12,3 g/dL; Hto: 35,8%; plaquetas: 201.000/mmc. Hemostasia: I. Quick: 75,9%. Gasometría arterial: pH: 7,47; pCO2: 35; pO2: 88; Bicarbonato: 25,5; Base excess: 2. ECG: rítmico sinusal a 77 lpm, Eje QRS a 0º, PR 0,2, QRS < 0,12, buen enlace AV sin alteraciones en la repolarización. Rx tórax: parénquima pulmonar sin signos focales. Mediastino sin alteraciones reseñables. Rx abdomen: distensión de asas de colon transverso con presencia de aire y heces distales. Resto sin hallazgos reseñables. TAC abdomino-pélvico con CIV: adyacente al engrosamiento irregular de la pared superior de la vejiga se observan pequeñas burbujas de aire ectópico en el espacio paravesical anterior. Se observa líquido libre intraabdominal perihepático, periesplénico y de mayor cuantía en pelvis y adyacente al aire ectópico. Rarefacción de grasa mesentérica en hemiabdomen inferior y aumento de captación de contraste en pared de asas de intestino delgado que traducen signos de irritación peritoneal. Juicio diagnóstico: aire ectópico paravesical, líquido libre intraabdominal y signos de peritonitis, que dado el antecedente de RTU sugiere la posibilidad de perforación de vejiga.

Juicio clínico: Perforación vesical tras RTU.

Diagnóstico diferencial: Patologías que cursan con abdomen agudo: aneurisma disecante de aorta abdominal, apendicitis aguda, cetoacidosis diabética, cólico biliar, colecistitis aguda, coledocolitiasis, colitis ulcerosa, cólico renoureteral, crisis drepanocíticas, diverticulitis del colon sigmoide, angioedema, enfermedad coronaria, embolia pulmonar, gastroenteritis aguda, hemocromatosis, hepatitis viral aguda, isquemia/necrosis mesentérica, obstrucción intestinal, pancreatitis aguda, peritonitis bacteriana espontánea, rotura esófago, úlcera péptica...

Comentario final: Son múltiples las patologías que pueden cursar con dolor abdominal agudo por lo que realizar una anamnesis y exploración detallada del paciente es imprescindible para poder llegar a establecer un buen diagnóstico diferencial. En nuestro caso el estado del paciente, la presencia de abdomen “en tabla” y los antecedentes de RTU fueron los datos de alarma que nos hicieron sospechar una posible perforación de víscera hueca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.