Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):1606

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

# 242/2241 - NO SUBESTIMES LA FII

*L. Gasulla Mendoza*

*Médico de Familia. Centro de Salud Pego. Alicante.*

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 78 años que consulta, por dolor abdominal desde las 4 am, localizado predominantemente a nivel periumbilical y en FII con náuseas y diaforesis. RAM: No conocidas. AP: HTA, no DM, no DLP, fumador, enolismo moderado, LINFOMA no Hodgkin en remisión completa desde 2004. Tratamiento habitual: lisinopril 20 + hidroclorotiazida 12,5; amlodipino 5.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen aspecto general; eupneico en reposo. Constantes: TA: 137/83; Fc: 77 Lpm; Bm test: 128 mg/dL; SatO2 98%. AC: tonos rítmicos sin soplos. AP: mvc, sin ruidos patológicos. ABD: blando y depresible, dolor a la palpación en mesogastrio y FII con ligera defensa voluntaria. No irritación peritoneal. No se palpan visceromegalias. MMII: Pulsos presentes y simétricos. No edemas ni signos de TVP. ECG: RS, eje -30º, Fc 70 lpm, QRS estrecho, ascenso ST en DI, aVL, V2-V6, descenso en DIII. Rx tórax: no alteraciones. Cateterismo: enfermedad grave de 1 vaso DAp, con implante de stent convencional en lesión proximal. Se observa a nivel medio distal tras retirada de trombo, otra lesión, procediéndose también a implante de stent. Ecocardiografía: V. izquierdo con hipertrofia concéntrica ligera con discreto adelgazamiento a nivel septal anterior, anterior y apical. Diámetros ligeramente aumentados (DTD/59 mm) con acinesia septal-anterior y anterior medial y apical y de ápex con FEVI 42%. V. derecho normal con función sistólica normal.

**Juicio clínico:** SCACEST septoanterolateral de larga evolución (> 2h).

**Diagnóstico diferencial:** Diverticulitis. Patología testicular. Crisis renoureteral. Enfermedad inflamatoria intestinal. Síndrome aórtico.

**Comentario final:** Se considera de interés este caso desde el punto de vista de la Atención Primaria ya que la patología coronaria tiene múltiples manifestaciones, siendo una de ellas la clínica abdominal. Se puede incurrir en el error diagnóstico y enmascarar una patología potencialmente mortal, de ahí la importancia de establecer una adecuada sospecha diagnóstica.

**Bibliografía**

1. Dai X, Bumgarner J, Spangler A, et al. Acute ST-elevation myocardial infarction in patients hospitalized for noncardiac conditions. J Am Heart Assoc. 2013;2:e000004.
2. Garberich RF, Traverse JH, Claussen MT, et al. ST-elevation myocardial infarction diagnosed after hospital admission. Circulation. 2014;129:1225.

3. Marín Ruiz MA, López-Reina Torrijos P, Rodríguez Alonso M, Leal Sanz P. Síndrome Coronario Agudo. En: Julián Jiménez A, coord. Manual de protocolos y actuación en urgencias, 2ª ed. Madrid: Nilo Gráfica; 2005. p.189-203.

**Palabras clave:** Dolor abdominal. Síndrome coronario agudo.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.