Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2567

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

# 242/748 - ¡DOCTORA, YO ANTES DE ESTE TRATAMIENTO NO TENÍA NINGÚN SÍNTOMA!

*M. Agüero Pereda[a], M. Sojo Elías[b], E. Ekech Mesa[a], C. Vasilescu[c], N. Sotelo Kesti[d] y J. Gómez Pérez[e]*

*[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones. Madrid. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. [c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva del Pardillo. Madrid. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. [e]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo Estación. Madrid.*

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 73 años con antecedentes personales de SCASEST (síndrome coronario agudo sin elevación del ST) con 3 stents en Agosto de 2016 y en tratamiento doblemente antiagregada (ácido acetil-salicílico y Brilique). Se realiza analítica en su centro de salud por astenia en los últimos días. En la analítica se observó hemoglobina de 6,2, derivándola a urgencias para valoración de transfusión y estudio. Al interrogarla comenta episodio esa misma mañana de melenas. Niega vómitos o dolor abdominal. En planta, se realiza estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y orientada. Bien hidratada y perfundida. Ligera palidez mucocutánea. Eupneica. Afebril. Tórax: AC: rítmica con soplo sistólico II/VI panfocal. Abdomen: globuloso, blando y depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias palpables. No signos de irritación peritoneal. Puño-percusión renal bilateral negativa. Pulsos femorales rítmicos y simétricos. Tacto rectal: Esfínter normortónico. Ampolla rectal vacía, con dedil de guante sin restos. En urgencias se realiza dos transfusiones de hemoconcentrados. Gastroscopia y colonoscopia urgente: No se observan hallazgos significativos. Se dio de alta a la paciente, con sangrado no filiado pendiente de pruebas a realizar. Se realizó de manera ambulatoria una cápsula endoscópica, observándose en intestino delgado, al menos 3, imágenes compatibles con angiodisplasias de difícil abordaje endoscópico.

**Juicio clínico:** Angiodisplasia de intestino delgado.

**Diagnóstico diferencial:** HDA. HDB. Angiodisplasia de colon y de intestino delgado. Cáncer de colon. Cáncer de estómago.

**Comentario final:** Lo principal a la llegada de la paciente, era estabilizar el dato de hemoglobina mediante transfusiones. Y realizar el diagnóstico diferencial de anemia severa tras hemorragia digestiva alta, descartándose las distintas causas. Al realizar la gastroscopia y colonoscopia dejamos parte del intestino delgado sin ver, y en nuestra paciente fue de vital importancia observar el intestino delgado para llegar a un diagnóstico certero de la causa de anemia y de la hemorragia digestiva.

**Bibliografía**


1. Cave D. Evaluation of suspected small bowel bleeding (formerly obscure gastrointestinal bleeding). Uptodate, 2015.
2. Munítiz Ruiz V, García Pérez B, Serrano Jiménez A, et al. Angiodisplasia múltiple de intestino delgado. Un reto diagnóstico y terapéutico.


**Palabras clave:** Anemia. Hemorragia gastrointestinal. Angiodisplasia.

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