



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 199/73 - DIAGNÓSTICO DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO: AUTÉNTICO DESAFÍO CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Pueyos Rodríguez<sup>a</sup>, M. Arenas Puga<sup>b</sup>, A. Pueyos Sánchez<sup>c</sup>, M. Cruz Matas<sup>d</sup>, L. Machuca Gómez<sup>e</sup> y C. Mateos Montes<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Familia. CS San Antonio. Granada Sur II. Granada. <sup>b</sup>Médico de Familia. Urgencias Hospital Santa Ana. Motril. <sup>c</sup>Médico de Familia. CS Mira Sierra. Granada. <sup>e</sup>Médico Residente de 4º año. CS Motril-Este. Granada Sur II. Granada. <sup>f</sup>Médico Residente de 4º año. CS Motril-Centro. Granada Sur II. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 85 años; Antecedentes personales de cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. Acude por presentar dolor abdominal de 4 días de evolución que empeora con ingesta de alimentos de carácter lancingante, asociado a deposiciones diarreicas y algún episodio de vómito aislado. Se indica dieta blanda, analgesia, se aumenta dosis de gastroprotector y se solicita analítica general pero vuelve acudir por misma clínica más acentuada.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general muy afectada por el dolor, nomoperfundida, palidez cutánea. No ingurgitación yugular, tolera decúbito. Constantes estables. Auscultación cardiopulmonar: arrítmica, buena ventilación sin ruidos añadidos. Abdomen: blando, doloroso a la palpación profunda de forma generalizada, sin signos de peritonismo. No masas en orificios herniarios. Peristaltismo audible. Tacto rectal: heces sin productos patológicos. Extremidades: sin edemas, pulsos pedios presentes. Analítica: a destacar leucocitosis con discreta neutrofilia, Hb 7.8, LDH 420. PCR: 54, coagulación con INR en rango superior. ECG: fibrilación auricular con descenso ST en precordiales compatible con cubeta digital. Enviamos a atención hospitalaria para completar estudio y valoración urgente ante la sospecha de isquemia mesentérica. Solicitan TAC abdominal donde se aprecian signos de embolia en arteria mesentérica superior, sin hallazgos de isquemia intestinal establecida. Tras reposición hemodinámica, corrección de coagulación y anemia; la paciente es valorada por Cirugía Vascular y se traslada al Servicio de Radiología intervencionista colocándose un stent.

**Juicio clínico:** Angor intestinal. Embolia arterial mesentérica.

**Diagnóstico diferencial:** El dolor abdominal es un síntoma inespecífico de multitud de procesos, la mayoría intraabdominales. El dolor abdominal agudo (DAA) se aplica a aquellos pacientes que presentan dolor abdominal de comienzo gradual o súbito, sin una causa conocida en el momento de su evaluación; de menor de 7 días de evolución con importante repercusión del estado general. Exige un enfoque sistemático y ordenado para establecer un diagnóstico precoz, ya que con frecuencia implica la consideración de una intervención quirúrgica y cifras elevadas de mortalidad. El dolor abdominal puede tener diferentes desencadenantes y vías de propagación, así, podemos distinguir tres tipos: dolor visceral, dolor referido y dolor parietal. Los estímulos desencadenantes del dolor abdominal se pueden agrupar en tres grandes grupos: de tipo mecánico, de tipo inflamatorio y de tipo isquémico. En el diagnóstico diferencial del DAA considerar las diferentes entidades: inflamación visceral, oclusión intestinal, isquemia intestinal, perforación visceral y

hemorragia intraabdominal.

**Comentario final:** La aproximación diagnóstica en paciente con dolor abdominal agudo se apoya en una anamnesis detallada, una exploración física meticulosa y un uso racional y eficaz de pruebas complementarias de las que disponemos. La semiología del dolor nos da la clave del diagnóstico y es esencial para orientar el diagnóstico diferencial. Factores de riesgo cardiovascular (FRCV), arritmias y estados de hipercoagulabilidad nos deben poner en alerta para sospechar un cuadro de embolia e isquemia intestinal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Montoro MA. Dolor abdominal agudo. En: Montoro MA. Manual de emergencias en gastroenterología y hepatología. Madrid: Jarpyo Editores, 2010.
2. Fisterra. Atención primaria de salud en la red. Guías clínicas Dolor abdominal; 2014.