



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 264/121 - DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO ¿SIEMPRE DE CAUSA DIGESTIVA?

S. Granados Gutiérrez<sup>a</sup>, E. Pérez Talavera<sup>b</sup>, M. Hipólito Egea<sup>a</sup>, M. Rojas Martínez<sup>c</sup>, V. Yañez Bermejo<sup>d</sup> y M. Fernández Muñoz<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Tiro de Pichón Málaga. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga. <sup>e</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 43 años. Vida activa. Sin alergias medicamentosas. Con HTA, cefalea crónica y síndrome ansioso-depresivo. Intervenida de cesárea. En tratamiento con enalapril 20 mg, omeprazol 20 mg, tramadol, nolotil, paracetamol y diazepam (a demanda). Acude a consulta por dolor abdominal de tipo cólico de 4 meses de evolución, motivo por el cual había acudido a urgencias en varias ocasiones, refiere diarrea ocasional, hiporexia y pérdida de 10 Kg de peso, no fiebre ni otra clínica asociada. Se solicita analítica de sangre, orina y radiografía de abdomen y se hace derivación a digestivo. Una semana después acude por empeoramiento de la clínica, aumento del dolor abdominal, vómitos alimenticios frecuentes y oliguria. A la exploración el abdomen se encontraba distendido, doloroso a la palpación generalizada con ruidos hidroáreos aumentados, no peritonismo. Se decide derivación a urgencias para valoración. Se realiza analítica de sangre sin hallazgos, radiografía de abdomen donde se observaban asas distendidas y niveles en delgado sugestivo de cuadro suboclusivo por lo que se decide solicitar TC de abdomen hallándose una masa en ciego que causa importante dilatación de asas intestinales. Se avisa a cirugía quienes deciden realizar una hemicolectomía derecha. El resultado de anatomía patológica sugiere endometriosis periapendicular y pericecal. Se deriva a ginecología para seguimiento de endometriosis. Tres meses después la paciente acude a consulta pendiente con digestivo donde se queja de unas 8-9 deposiciones diarreicas diarias secundarias a hemicolectomía, se prescribe mebeverina ante dichos síntomas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Afebril. Tensión arterial 119/84 mmHg. Frecuencia cardíaca 75 lpm. Saturación de oxígeno 97% basal. Auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen: distendido, blando y depresible, dolor generalizado a la palpación sin peritonismo, ruidos hidroáreos aumentados, no masas ni megalías. Extremidades inferiores: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Analítica sangre: normal. Analítica orina: nitritos, leucocitos y hematíes positivos. Radiografía abdomen: distensión de asas y niveles en intestino delgado sugestivos de cuadro suboclusivo. TAC con contraste de abdomen: importante dilatación de asas de ileon con abundante líquido en su interior y ligera cantidad de líquido en fondo de saco de Douglas. Imagen de masa mal definida localizada en ciego de unos 30 × 40 mm, asociada a adenopatías locorregionales de pequeño tamaño, sugestiva de neoplasia de ciego como opción más probable. Biopsia intraoperatoria: segmento de intestino grueso con endometriosis periapendicular y pericecal con intensa reacción fibrosa. Sin evidencia de neoplasia.

**Juicio clínico:** Subobstrucción intestinal secundaria a endometriosis.

**Diagnóstico diferencial:** Obstrucción por bridas, obstrucción por neoplasia de colon.

**Comentario final:** La radiografía simple sigue siendo una prueba básica en atención primaria no sólo por la limitación al acceso a otro tipo de pruebas de imagen, en este caso la radiografía y la exploración era suficiente para el diagnóstico. Recalcamos la importancia de entender al paciente como un todo e integrar sus patologías.

## Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
2. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2012.