

329/141 - DOLOR ABDOMINAL Y LA IMPORTANCIA DE SER SISTEMÁTICOS

M. Canino Byreing.

Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General de la Palma.

Resumen

Descripción del caso: Se trata de una mujer de 76 años de edad atendida por su médico de atención primaria en la semana previa por dolor abdominal. Fue valorada como un cuadro banal, sin embargo por continuar con clínica de cólicos abdominales ya desde hace 10 días, que no remiten y no han sido tratados, es traída al servicio de urgencias hospitalarias. En urgencias se la valora por dicho dolor así como deterioro del estado general. Se habla con cuidadora quien nos refiere que no hay otra clínica aparte del mismo, no náuseas, no vómitos. No fiebre. Pérdida de apetito. Varias caídas en casa desde hace una semana, sin traumatismo craneoencefálico.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: paciente consciente y desorientada en las 3 esferas. Normohidratada y palidez cutánea, sudorosa, frialdad generalizada. Disnea en reposo, taquipnea. Afebril. Impresiona de gravedad. Hemodinámicamente estable a la llegada (posteriormente tensión arterial 90/50 mmHg y frecuencia cardiaca de 100 lpm). Auscultación cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen duro, no depresible. Ruidos intestinales presentes, aumentados, signos de lucha. No dolor a la palpación superficial ni profunda. Signos de irritación peritoneal. No edemas en miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda. Pruebas complementarias: Radiografía de tórax (previa al ingreso, solicitada desde atención primaria una semana antes): neumoperitoneo. Radiografía de abdomen (el día del ingreso): se observa imagen abigarrada de asas intestinales, neumoperitoneo. Analítica de sangre (el día del ingreso). Bioquímica: destaca Proteína C reactiva de 37,03 mg/dl, troponina T 35,8 ?g/l, LDH de 285 U/l. Hemograma: leucocitos 9.200/?l sin desviación a la izquierda (segmentados 7600/?l), Hb 15,2 g/dl, plaquetas 711.000/?l. Coagulación: INR 1,64, Fibrinógeno de 812 mg/dl. Sistémico de orina: 25 leucocitos, resto normal.

Juicio clínico: Perforación intestinal

Diagnóstico diferencial: Causas de abdomen agudo: perforación intestinal, diverticulitis, apendicitis, peritonitis, pancreatitis aguda.

Comentario final: Hay que destacar la importancia de la sistemática de valoración de las radiografías (ya sea de tórax o de abdomen) para detectar anomalías de este calibre aún sin ser el motivo por el que fueron solicitadas. En cuanto a la perforación intestinal, destacar como datos de alarma: abdomen en tabla (comentar con cirugía), radiografía de abdomen (neumoperitoneo) y evaluar datos de inestabilidad hemodinámica (tratar la sepsis: antibioterapia en la primera hora, suero terapia 30 ml/kg en las 3 primeras horas...). Es un cuadro que se ha de manejar intrahospitalariamente, si bien podemos comenzar con el tratamiento de la sepsis previo a cirugía de urgencia.

Bibliografía

Rhodes A, Evans LE, Alhazanni W et al. Surviving Sepsis Campaing: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock, 2016. *Intensive Care Med.* 2017;43(3):304-77.