Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1888

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1644 - Esta barriga no es la mía

M. Bosch Ventura[a], N. Fernàndez Danés[a], L. Beltran[b], J.C. Ruibal[b], M. Ruiz Sánchez[a], D. Batallé Marín[b] y G. Martínez Zavalia[c]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud ABS Centre L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. [b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona. [c]Médico Residente 3[er] año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Consulta un varón de 42 años, fumador activo sin otros antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, por clínica de dolor abdominal de intensidad leve-moderada, de localización generalizada, de dos meses de evolución. Refiere un vómito de contenido alimenticio hace 2 semanas y en las últimas 24 horas ha presentado 2 episodios más de vómitos. No presenta cuadro tóxico, refiere tiene el abdomen siempre hinchado. Explica hábito deposicional diario, aunque refiere no presenta ventosidades desde hace más de una semana. A la exploración presenta buen estado general, ruidos abdominales discretamente aumentados, sin presencia de ruidos metálicos, dolor de forma difusa en el abdomen sin peritonismo y sin focalizar. Leve distensión abdominal y timpanismo. Ante la sospecha de cuadro suboclusivo se deriva al paciente a urgencias para valoración por cirugía. En la analítica no hay alteraciones. Se realiza TAC abdominal.

Exploración y pruebas complementarias: EF: BEG. TA 118/67, FC 89 bpm. AC: tonos rítmicos sin soplos. AR: mvc. ABD: distendido, ruidos hidroaéreos discretamente aumentados. Dolor a la palpación de forma difusa, sin clara focalización. Tacto rectal sin hallazgos. Radiografía abdomen: niveles hidroaéreos. Sin signos de perforación intestinal. TAC abdominal con contraste: signos de suboclusión intestinal secundaria a ileítis terminal inflamatoria. Se asocia probable trayecto fistuloso ciego con origen en vertiente mesentérico del asa y orientación postero-caudal. Se observan dos otros segmentos de íleon más proximales también con cambios de hiperemia mural

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

inflamatoria. A valorar enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn).

Juicio clínico: Cuadro subosclusivo intestinal secundario a neoplasia de colon.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Neoplasia intestinal.

Comentario final: El dolor abdominal es una patología muy frecuente y que todos los pacientes padecen o han padecido en algún momento de su vida. Un dolor abdominal prolongado de intensidad leve-moderada debe hacernos ampliar la anamnesis y la exploración física. ¿Qué hacer con un dolor inespecífico sin signos aparentes de alarma? Una buena opción es solicitar una radiografía de abdomen, una exploración complementaria simple y que tenemos muy al alcance, y que se demorará menos de 24 horas. En algunos casos donde la sospecha de patología grave es elevada, como en el presente, puede ser crucial para darnos una orientación sindrómica que motive otras exploraciones, como en TAC abdominal, que con certeza nos ayuden a llegar al diagnóstico. Para llegar al diagnóstico sindrómico de cuadro subocusivo tuvimos que prestar atención a un cuadro poco florido de dolor abdominal moderado y sobretodo el inicio de vómitos sin una llamativa alteración del hábito deposicional. Además de una leve alteración de la exploración abdominal (distensión abdominal) no relacionada con la ingesta. Nuestro paciente fue derivado rápidamente a urgencias de un hospital de tercer nivel donde se realizó un TAC abdominal que confirmó la sospecha de cuadro suboclusivo. Finalmente se confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma de colon.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eisenberg RL, Heineken P, Hedgcock MW, Federle M, Goldberg HI. Evaluation of plain abdominal radiographs in the diagnosis of abdominal pain. Ann Intern Med. 1982;97(2):257-61.

2. Prasannan S, Zhueng TJ, Gul YA. Diagnostic value of plain abdominal radiographs in patients with acute abdominal pain. Asian J Surg. 2005;28(4):246-51.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.