Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1135

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2347 - Dolor abdominal de larga evolución: un hallazgo inesperado

B. Lobo Colominas[a], S. Pérez Gómez[b] y R.L. Vázquez Alarcón[b]

[a]Médico Residente de 1[er] año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vera. Almería. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Vera. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: SCASEST (marzo 2015), HTA, Hipercolesterolemia. Tratamiento: ranitidina, AAS, clopidogrel, rosuvastatina, bisoprolol, ramipril. Anamnesis: varón de 63 años que acude a consulta, refiriendo dolor abdominal de 5 meses de evolución, achacándose inicialmente a intolerancia medicamentosa frente a nuevo tratamiento pautado por SCASEST. Ante persistencia y empeoramiento del cuadro, asociando dolor lumbar y en miembro inferior izquierdo (MII), se solicitan estudios complementarios, con el hallazgo ecográfico de proceso neoproliferativo renal, citando al paciente de forma urgente con Urología. Posteriormente acude por dolor súbito en MII, cianosis y pérdida de sensibilidad, siendo valorado por cirugía vascular, ante sospecha de isquemia arterial aguda. En eco-doppler, se detecta TVP izquierda, comprometiendo múltiples territorios venosos, se desestima intervencionismo vascular, se inicia anticoagulación profiláctica por elevado riesgo de TEP y se ingresa en Medicina interna. Para completar estudio se solicita TC y gammagrafía ósea donde se aprecia extensión pulmonar. Finalmente, tras estudio multidisciplinar y pruebas complementarias, se desestima tratamiento quirúrgico dada la ocupación tumoral extensa, optando por tratamiento paliativo.

Exploración y pruebas complementarias: Abdomen doloroso de forma generalizada, sensación de masa en fosa iliaca izquierda, no peritonismo. Aumento de tamaño de MII, edema, frialdad y cianosis desde raíz de miembro hasta dedos, pulsos distales débiles, impotencia funcional para la movilización. Resto de exploración sin hallazgos. Pruebas complementarias. Hemograma: Hb: 14, Hto: 45%, plaquetas: 220.000, leucocitos: 5.700, PMN: 71%. Coagulación: INR: 1,3, TP: 15,5, TTPTA: 39, fibrinógeno:

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

691. Bioquímica: creatinina: 1,92, urea: 93, amilasa: 52, bilirrubina: 0,85, LDH: 296, PCR: 183, resto normal. ECG: ritmo sinusal a 75 lpm, Q en III. Ecografía abdominal: múltiples nódulos hepáticos, el mayor de 41 mm, sospechosas de lesiones secundarias. Riñón derecho aumentado de tamaño con polo superior ocupado por masa de 127 mm sugestiva de proceso neoproliferativo. Eco-doppler abdominal-MII: TVP en eje venoso profundo izquierdo afectando a vena cava inferior con extensión a cava intrahepática, ambas venas iliacas, femoral común, cayado de la safena, femoral superficial y poplíteas derechas. TAC toraco-abdomino-pélvico: nódulos pulmonares, resto de hallazgos patológicos ya descritos.

Juicio clínico: Carcinoma renal estadio IV, TVP extensa, flegmasía cerúlea dolens paraneoplásica, metástasis hepáticas y pulmonares.

Diagnóstico diferencial: Isquemia intestinal, nefro-urolitiasis, pancreatitis crónica, síndrome de intestino irritable, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad diverticular, neoplasias, adherencias, porfiria.

Comentario final: El dolor abdominal puede suponer un reto diagnóstico para el Médico de Familia debido al extenso diagnóstico diferencial. Se pretende resaltar la importancia de una adecuada historia clínica y exploración física, así como, estudios complementarios accesibles desde Atención Primaria para realizar un diagnóstico lo más acertado posible y así evitar pasar por desapercibidos cuadros tan trascendentes como el presentado.

BIBLIOGRAFÍA

1. McGarrity RJ, et al. Outcome of patients with chronic abdominal pain referred to chronic pain clinic. Am J Gastroenterol. 2000;95(7):1812-6.

2. Johansen KH et al., Abdominal pain caused by other diseases En: Loeser. Bonica&#39s management of pain. Lippincott Williams & Wilkins, 2001:1326-48.

3. Cid J, De Andrés Ares J, Díaz L, et al. Dolor abdominal crónico (1ª parte). Rev Soc Esp Dolor. 2005;12:505-24.

4. De Andrés J. Dolor abdominal crónico (2ª parte). Rev Soc Esp Dolor. 2006;13(3).

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