



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/488 - Dolor autolimitado abdominal: ¿Es siempre algo banal?

S. Iglesias López<sup>a</sup>, M. González Martín<sup>b</sup>, K.F. Lakatos<sup>c</sup>, C.M. Cenci<sup>a</sup>, M. Sanz Sanz<sup>b</sup>, P. Matía Soler<sup>d</sup>, F.J. Sierra Alonso<sup>b</sup>, M.C. Yáñez Palma<sup>d</sup>, J.L. Lechuga Martos<sup>e</sup> y S. Hernández López<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Águilas. Madrid. Zona Centro. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Las Águilas. Unidad Centro. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Águilas. Unidad Centro. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Águilas. Zona Centro. Madrid. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espronceda. Unidad Docente Centro. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 68 años. AP: IQ: hernioplastia inguinal bilateral. Exfumador. HTA. Último control de TA realizado en consulta en 2007. No acude a controles. No tratamiento habitual. El 28/03/2015 acude a urgencias del hospital por dolor abdominal, brusco, en flanco izquierdo, intenso, autolimitado, sin desencadenante, que mejora parcialmente tras la deposición, sin náuseas ni vómitos. Afebril. Hábito intestinal normal. Se realizan analítica completa y uranálisis objetivándose únicamente neutrofilia (86%), sin leucocitosis. Se realizan Rx de abdomen y tórax que son normales. Diagnóstico alta: dolor abdominal sin patología urgente. Tratamiento: analgesia y laxantes orales. El 6/04/15 acude a consulta. Refiere estreñimiento de 72 horas y dolor sordo abdominal difuso. Se investiga sobre hábitos dietéticos (no ingiere verdura ni fruta). Exploración: palidez mucocutánea importante. Abdominal: normal. Niega heces melénicas en días previos. Se solicita analítica y se cita para reevaluación. El 8/04/15 acude al CS por hematoma espontáneo de 24h en zona inguinal. No hematuria. Ayer dos deposiciones normales. TA 140/83. Se objetiva en la analítica solicitada importante anemización (Hb de 8,6), LDH 610, creatinina 1,24, PCR 7,2. Se deriva a urgencias hospitalarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 150/87. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, zona ligeramente indurada en hipogastrio. No irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos ausentes. Urológica: testículos en bolsa, no rotados, no ascendidos. No engrosamientos ni masas. Hematoma en región inguinal izquierda, escrotal y prepucial, sin afectación de cuerpos cavernosos. No doloroso. Vascular: TSA con pulsos positivos a todos los niveles. MMSS con pulsos positivos a todos los niveles. MMII: pulsos presentes en todos los niveles. TAC abdominal: aneurisma roto de arteria ilíaca izquierda dependiente de la AIC de 71 mm de diámetro máximo con extravasación de contraste y hematoma pélvico con compresión del uréter izquierdo. Actuación: se realiza cirugía urgente: exclusión de aneurisma mediante endoprótesis. Sin incidencias. Alta el día 15/04/15 con recuperación cifras de Hb y función renal normal. Actualmente paciente vivo y sano.

**Juicio clínico:** Rotura de aneurisma ilíaca izquierdo.

**Diagnóstico diferencial:** Absceso del tracto urinario. Pielonefritis. Neoplasia renal. Rotura renal o vesical. Cólico nefrítico. Rotura de aneurisma. Trombosis/isquemia mesentérica. Perforación visceral. Obstrucción intestinal. Hernia incarcerada. Diverticulitis.

**Comentario final:** La existencia de aneurismas solitarios de la arteria ilíaca es rara. Son difíciles de detectar por su localización pelviana. Su principal complicación es la rotura (mortalidad del 60%). Sólo 1/3 se diagnostica antes de romperse. La ciencia médica no ha sido capaz de disminuir la mortalidad en estos pacientes. Debemos fomentar medidas que permitan un diagnóstico precoz en Atención Primaria, como el uso del ecógrafo y el transporte urgente al centro de referencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gil J, Díaz-Alersi R, Coma MJ, Gil D. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos, 2015.
2. Longo, Fauci, Kasper, Hauser, Jameson, Loscalzo. Harrison: Principios de Medicina Interna. 18<sup>a</sup> edición. McGraw-Hill 2012.
3. Zamorano JL, Mayordomo J, Evangelista A, San Román JA, Bañuelos C, Gil Aguado M. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en enfermedades de la aorta. Rev Esp Cardiol. 2000;53:531-41.