Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):3811

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/1965 - UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL CON PRUEBAS RUTINARIAS NORMALES

E. Alonso Osmer[a], E. Sánchez Pablo[a], M. Rodríguez de Viguri Díaz[a], M. Gómez López[b] y M. Moreno Vivancos[a]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia.[b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 27 años que acude a consulta en repetidas ocasiones por dolor en FID de unos 6 meses de evolución. Presenta un dolor abdominal intermitente, de tipo retortijón de horas de duración, localizado en hemiabdomen derecho, sobre todo en FID que no se modifica con la ingesta ni con la postura. No refiere fiebre ni alteración del tránsito. AP: NAMC, hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo, intervenida de menisco derecho. No otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Inicialmente se realiza Rx de tórax, TAC abdominal y analítica de rutina que fueron normales. En las primeras consultas, ante la EF normal, se pauta analgesia y se recomienda dieta blanda. Ante la persistencia de la sintomatología, se amplían los parámetros analíticos (hepático, autoinmunidad, proteinograma, determinación de porfirinas, hormonas tiroideas y cortisol, todo normal. Después se realiza un estudio vascular abdominal en el que se descarta Síndrome del cascanueces y se evidencia una anomalía de la vena iliaca común izquierda. Tras ello, se realiza un nuevo TAC abdominopélvico con contraste en el que se evidencia un probable síndrome de congestión pélvica, no típico, en el que existe una variante de la normalidad con doble vena iliaca común derecha que nace de la iliaca común izquierda y condiciona una dilatación de afluentes pélvicos.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, ACP normal. Abdomen blando y depresible. No masas ni megalias. Dolor a la palpación en flanco y FID. No signos de irritación peritoneal. RHA conservados.

Juicio clínico: Sd de congestión pélvica.

Diagnóstico diferencial: Endometriosis, fibroma, ovario poliquístico, porfiria, Enf. inflamatoria pélvica, patología neurológica, urológica u ortopédica.

Comentario final: El dolor abdomino-pélvico es una consulta frecuente en AP. El camino a un diagnóstico definitivo puede ser laborioso, ya que no hay clínica patognomónica. El SCP afecta a mujeres en edad reproductiva y hay que sospecharlo ante toda paciente con dolor pélvico crónico y varices pélvicas, con dolor intermitente asociado a actividades físicas.

Bibliografía

1. León A, et al. Síndrome congestión pélvica. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá. 2012;31(2):88-93.
2. Díaz Reyes. Varices pélvicas y síndrome de congestión pélvica en la mujer. Rev CES Med. 2012;26.57-69.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Síndrome congestión pélvica. Dolor pélvico. Varices.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.