



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3685 - LO QUE PUEDE ESCONDER UN DOLOR TORÁCICO...

M. Martínez Pujalte<sup>a</sup>, M. Rodríguez Márquez<sup>b</sup>, E. Palacín Prieto<sup>c</sup>, J. Ramos González<sup>d</sup>, M. Martínez Díaz<sup>d</sup> y A. Frazaos dos Santos<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco-Oeste. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Unión. Cartagena. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 42 años, DLP y sin antecedentes quirúrgicos de interés, que acude por malestar centrotorácico desde las 3:00am mientras dormía, sin cortejo vegetativo. ECG RS a 85 lpm, eje normal, sin alteraciones agudas de la repolarización, se administra analgesia quedando asintomático indicando observación domiciliaria. Al día siguiente vuelve con dolor cólico abdominal difuso con sensación nauseosa y un vómito bilioso. Última deposición hacía dos días. Hoy eliminación rectal de gas. Se deriva al hospital.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril y estable. AC rítmico sin soplos. AP MVC sin ruidos. Abdomen ligeramente distendido. Palpación sin áreas dolorosas y con área timpánica periumbilical. No masas. Rx tórax: sin alteraciones. Rx abd simple: abundantes heces y gases en marco cólico, especialmente en colon proximal y ampolla rectal. Eco/TAC abdominal: stop en intestino delgado medio con dilatación retrógrada y gran distensión abdominal. Lab: 10.590 leucos con neutrofilia. Hb 17. Bioq normal. Perfil hepático y amilasa normal. 91% act protr. Laparotomía: dilatación de yeyuno hasta su 1/3 proximal con tumoración de 3 cm. Adenopatías en mesenterio que se biopsia. Intestino distal normal. Resección del segmento intestinal que contiene la zona edematosa con la tumoración palpable. Margen de unos 8 cm. Anastomosis término-terminal. AP: enteritis eosinofílica.

**Juicio clínico:** Obstrucción intestinal secundaria a enteritis eosinofílica.

**Diagnóstico diferencial:** Bridas, adherencias, vólvulo, EII, ca colon, íleo paralítico, colelitiasis, etc.

**Comentario final:** Ante todo dolor torácico se debe tener en cuenta un posible origen digestivo.

### Bibliografía

- Eisen G, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JA, Johanson JF. Acute colonic pseudoobstruction. Gastrointest Endosc. 2002;56:789-92.
- Accarino A, Malagelada JR. Obstrucción intestinal, íleo y seudoobstrucción intestinal crónica. En: Berenguer, ed. Gastroenterología y Hepatología. Madrid, Harcourt 2002;280-9.
- Figueroa JM, Meneu JC, Hidalgo M, Moreno E, Gómez R, Santoyo J. Obstrucción intestinal. En: Vilardell, ed. Enfermedades digestivas. Madrid, Aula Médica 1998:1315-26.

4. Weibel NA, Majno G. Peritoneal adhesions and their relations to abdominal surgery. Am J Surg. 1973;126:345-7.

**Palabras clave:** Obstrucción Intestinal. Cirugía General.