



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

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

M. Martínez Pujalte^a, M. Rodríguez Márquez^b, E. Palacín Prieto^c, J. Ramos González^d, M. Martínez Díaz^d y A. Frazao dos Santos^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco-Oeste. Murcia. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Unión. Cartagena. Murcia. ^eMédico 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, coleditiasis, etc.

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

Bibliografía

1. Eisen G, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JA, Johanson JF. Acute colonic pseudoobstruction. *Gastrointest Endosc.* 2002;56:789-92.
2. Accarino A, Malagelada JR. Obstrucción intestinal, íleo y pseudoobstrucción intestinal crónica. En: Berenguer, ed. *Gastroenterología y Hepatología*. Madrid, Harcourt 2002;280-9.
3. 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.