

## 347/1194 - DEPORTES "DE RIESGO", MANEJO CONSERVADOR PATOLOGÍA ABDOMINAL AGUDA

A. López León<sup>a</sup>, A. Santaella García<sup>b</sup>, A. Luna Morales<sup>c</sup> y G. García González<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 46 años, deportista de triatlón de alto rendimiento, sin hábitos tóxicos ni antecedentes personales de interés. Acude a Servicios de Urgencias por cuadro sincopal y ortostatismo en las últimas 24 horas. Refiere además epigastralgia de intensidad moderada de dos semanas de evolución iniciado de forma súbita tras movimiento brusco en una travesía a nado e hipo persistente desde entonces.

**Exploración y pruebas complementarias:** Estado general deteriorado. Tez pálida y sudorosa, hipotensión ortostática, taquicárdico y taquipneico con saturación de oxígeno del 98%. Auscultación cardiorrespiratoria taquirítmico sin soplos. Murmullo vesicular abolido en lóbulo inferior izquierdo. Abdomen blando, depresible, dolor a la palpación de epigastrio e hipocondrio izquierdo con discretos signos de irritación peritoneal localizada, timpanismo negativo. Ruidos hidroaéreos presentes. Analítica: Hb 11,7 g/dl, Htc 37,4%, VCM 91,2 fl, urea 19 mg/dl, creatinina 0,9 mg/dl. LDH 328 U/l, leucocitos 12.230 con neutrofilia. Coagulación normal. PCR 2,26 mg/dl. Electrocardiograma: rítmico a 100 lpm sin alteraciones en la repolarización ni signos de isquemia aguda. Radiografía torácica ICT normal, elevación hemidiafragma izquierdo sin signos condensativos, no derrame pleural. Radiografía abdominal sin alteraciones. TC abdomen: hemoperitoneo abundante con laceraciones esplénicas y zona de rotura en polo inferior que contacta con hematoma periesplénico. Hematoma en región pancreática con efecto masa a nivel gástrico y posible laceración pancreática. Durante ingreso: Analítica: anemización con Hb 6,1 g/dl, Htc 31% que precisó transfusión de hematíes, manteniendo hemoglobina en rangos normales posteriormente. Disminución de reactantes de fase aguda. TC abdomen ingreso: disminución importante de hemoperitoneo con persistencia de hematomas en espacio gastroesplénico y peripancreático. Tres semanas tras alta, analítica con hemoglobina estable en 11,9 g/dl sin otros hallazgos y TC abdomen de control con resolución hemoperitoneo y hematomas del espacio gastroesplénico y peripancreático en resolución.

**Orientación diagnóstica:** Contusión y laceración esplénica

**Diagnóstico diferencial:** Perforación de víscera hueca, aneurisma disecante de aorta, isquemia mesentérica.

**Comentario final:** Abordaje conservador de patología abdominal aguda, como en el caso presente, gracias al buen control sintomático y estabilización hemodinámica del paciente se desestimó cirugía urgente. Resolución del cuadro tras colocación de drenaje en polo inferior esplénico y observación estrecha hospitalaria al mes del ingreso.

## Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

**Palabras clave:** Abdomen agudo. Ortostatismo.