

347/1420 - DOCTOR, ¡QUÉ MAL ME HA SENTADO LA MERIENDA!

A. Fernández Gómez^a, A. Arias Atauje^b, A. Martínez Asensio^c y M. Guerrero Muñoz^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Amadeu Torner. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Amadeu Torner. Barcelona.

^cMédico de Familia. Centro de Atención Primaria Amadeu Torner. Barcelona. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Santa Eulalia Sud. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 74 años. No AMC. Exfumador. No enol. FRCV (HTA y DLP a tratamiento farmacológico. DM2 no insulino-dependiente). Cardiopatía isquémica. ERGE a tratamiento con IBP. HBP a tratamiento farmacológico. IQs: RTU por HBP. Amigdalectomía. Acude a consulta por epigastralgia no irradiada de inicio súbito posprandial que no cede pese a analgesia convencional. Se acompaña de sensación nauseosa sin vómitos. Niega fiebre, no toma de AINEs, no alteraciones del hábito deposicional, no vegetatismo asociado, no síndrome miccional, no otra clínica de interés. Dados antecedentes cardíacos, se realiza ECG en el que no se observan alteraciones y tira de troponinas con cinética negativa. Descartada patología cardíaca aguda y escasa mejoría clínica, se decide derivación a Urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Estado general conservado. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio y mesogastrio. No signos de irritación peritoneal. Analítica sanguínea: EABv conservado. Función renal y hepática conservada. Alfa-amilasa normal. Ionograma conservado. Tiempos de coagulación conservados. Hemograma destaca leucocitosis 11.000 a expensas de neutrofilia. PCR 3,9. Radiografía de abdomen en bipedestación: abundante aire y heces en marco cólico. No niveles hidroaéreos. Angio-TC abdominal: signos de isquemia de asa de intestino delgado en yeyuno distal o ileon, con líquido libre y cambios inflamatorios en grasa adyacente.

Orientación diagnóstica: Isquemia intestinal.

Diagnóstico diferencial: Pancreatitis aguda. Úlcera péptica. ERGE. Gastritis. IAM.

Comentario final: Se solicita angio-TC abdominal donde se observan signos de isquemia en asa de intestino delgado. Se realiza laparotomía exploradora en la que se evidencia brida única con asa congestiva, realizándose lisis con recuperación de asa por lo que no es necesaria realización de resección intestinal. Ingreso hospitalario con mejoría clínica progresiva.

Bibliografía

1. García Cabezudo J, Montoro Huguet M, et al. Aproximación al paciente con dolor abdominal agudo (I y II). En: Montoro M, Bruguera M, Gomollón F, et al. Principios Básicos de Gastroenterología para Médicos de Familia, 2^a ed. Jarpyo Editores. Madrid, 2002: p. 751-82.

2. Kendall, JL, Moreira M. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Guidelines on Intestinal Ischemia. *Gastroenterology*. 2000;118:951-3.

Palabras clave: Epigastralgia. Isquemia. Intestinal.