



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2246 - ¿DOLOR ABDOMINAL COMÚN?

B. Torrecilla Ramírez<sup>a</sup>, G. Bornás Cayuela<sup>b</sup>, C. Candel Navas<sup>a</sup> y N. Ñiguez Baños<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 20 años, consulta por dolor abdominal tipo cólico no irradiado, intermitente y distensión abdominal desde hace 4 días. Aumenta con los movimientos y el decúbito y mejora al sentarse. No se modifica con la ingesta. Afebril. No náuseas ni vómitos. No dolor torácico ni disnea. No deposiciones diarreicas. No síndrome miccional. No artritis ni claro Raynaud. Antecedentes: no AMC, no HTA, no DM, no DLP. No hábitos tóxicos. Hipotiroidismo. Anemia ferropénica. Abuela paterna con TVP en puerperio. Tratamiento crónico: Eutirox 50 mg. Anticonceptivos orales.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, eupneica. Constantes normales. AC: rítmica sin soplos. AP: MVC con buena ventilación. Abdomen: distendido, no doloroso a la palpación. No signos de defensa ni de irritación peritoneal. Se palpa masa a nivel de epigastrio-mesogastro. Ruidos hidroaéreos presentes. PPRB negativa. MMII: no edemas. No signos de TVP. Signo de Homans negativo. Pulso presentes y simétricos. No adenopatías. Analítica: LDH 752, PCR 4,3, Hb 10,5. Dímero D 6363. Estudio trombofilia normal. Serología negativa. Autoinmunidad negativa. Orina normal. Rx abdomen normal. Eco-Doppler MMII: no se evidencia TVP. TAC abdominal: trombosis aguda parcial de la vena mesentérica superior.

**Orientación diagnóstica:** Se distinguen tres formas: la aguda, de horas de evolución, con elevado riesgo de isquemia intestinal; la subaguda con dolor abdominal y puede evolucionar en días incluso hasta semanas, con menor riesgo de isquemia intestinal y por último la forma crónica.

**Diagnóstico diferencial:** Aneurisma de aorta abdominal, isquemia mesentérica aguda, perforación víscera hueca, colitis isquémica, Enfermedad inflamatoria intestinal, megacolon, embarazo ectópico.

**Comentario final:** La TVM es una forma rara e insidiosa pero potencialmente mortal de isquemia mesentérica porque sus síntomas se solapan con los de otras enfermedades, retrasando su diagnóstico y tratamiento. Los factores que alteran la supervivencia temprana son un diagnóstico y anticoagulación precoces, las enfermedades asociadas y la edad. La tasa de recurrencia es elevada, por ello, en presencia de condiciones protrombóticas la anticoagulación no debería ser menor a 6 meses. La cirugía se reserva para sospecha de infarto intestinal. En resumen, en dolor abdominal de varios días o semanas de evolución sin causa demostrada se debe descartar una TVM, ya que su tratamiento precoz puede evitar una isquemia mesentérica o un desenlace fatal.

**Palabras clave:** Mujer. Dolor abdominal persistente. ACHO.