

## 347/727 - DOLOR ABDOMINAL DE ORIGEN MUSCULAR

J. Cabrerizo González<sup>a</sup>, V. Lao Cañadas<sup>b</sup>, F. Jiménez Ros<sup>b</sup> y M. Álvarez Martín<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio Abad. Cartagena. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Cartagena. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> Año de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 70 años alérgica a AINES que acude a consulta por dolor abdominal. HTA, DLP, no cardiópata ni broncópata. Toma Adiro 300 tras estudio de vértigos periféricos por NRL. La paciente refiere dolor abdominal de dos días de evolución en fosa iliaca derecha. Refiere náuseas y vómitos desde hace dos días. Ha estado tomando antitusígenos por cuadro catarral.

**Exploración y pruebas complementarias:** AC: tonos cardiacos rítmicos. AP: murmullo vesicular conservado. Abdomen: globuloso, blando y depresible. Dolor intenso a la palpación superficial en flanco derecho. Blumberg y Murphy negativos. EEII: signos de insuficiencia venosa crónica, sin edema ni signos de TVP. Analítica: glu 100, urea 35, creat 0,75, ALT 24, amilasas 41, LDH 284, Na 137, K 4,9, Cl 98, PCR 0,5. Hematíes  $4,4 \times 10^9/l$ , Hb 12,4, Hto 37,2%, VCM 83,8, HCM 27,9, CHCM 33,3, ADE 14,3%. Leucocitos  $18,43 \times 10^9/l$ , (N 82%, L 10,4%). Neutrófilos totales  $15,13 \times 10^9/l$ , plaquetas 320.000, vol. plaquetar medio 9,8, TP 1,2, TTPA 1,3. Rx tórax: silueta cardiaca normal sin infiltrados. Rx abdomen: no niveles hidroaéreos. Aire y heces en asas. Eco abdominal: colección intramuscular en recto anterior derecho sugestiva de hematoma. Colección hipoecogénica de morfología ovalada de 7,9 cm de longitud y 1,9 cm de espesor.

**Orientación diagnóstica:** Hematoma intramuscular en recto anterior derecho.

**Diagnóstico diferencial:** Gastroenteritis aguda. Pancreatitis aguda. Apendicitis. Contractura muscular.

**Comentario final:** Siempre que nos enfrentemos a un dolor abdominal, como médicos, hemos de realizar un importante diagnóstico diferencial. Es una patología que puede llegar a ser una urgencia quirúrgica. Nuestra labor como médicos de familia y de atención primaria es fundamental. Nunca olvidar que ante un paciente que pueda no transmitirnos toda la información necesaria, la historia clínica juega un papel crítico. En este caso, la paciente obvió comentar el cuadro catarral que probablemente le provocó el hematoma intramuscular, siendo diagnosticado finalmente en la ecografía.

### 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.
2. Farreras Valentí P, Rozman C, eds. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2012.

3. Manual de manejo y tratamiento de pacientes con patologías médicas agudas y urgentes. ResiUrgencias. Madrid. Ediciones Semergen, 2016.

**Palabras clave:** Dolor abdominal. Pancreatitis. Vómitos. Apendicitis. Hematoma intramuscular.