



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/123 - DOCTORA, NO ME HE PELEADO CON NADIE

B. Pax Sánchez^a, M. Millán Hernández^b, R. García Arriola^c y E. Sierra Rubio^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo. Madrid. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monterrozas. Las Rozas. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Aravaca. Madrid. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Marazuela. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por dolor abdominal de 48 horas de evolución, localizado en epigastrio irradiado a hipocondrio izquierdo. Refiere ingesta de alcohol los 2 días previos. Niega traumatismo abdominal. No fiebre ni otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 140/90 mmHg, FC: 90 lpm. Sudoroso. ACP: normal. Abdomen: blando, doloroso a la palpación profunda en HCI y epigastrio. Algo distendido. No defensa. Se realiza 1ª analítica: Sin hallazgos significativos. Hb 17 g/dL, Hcto 48,20%. Troponinas negativas. Dímero D negativo. Se deja para control del dolor ya que se intenta hasta con morfina sin llegar a controlar. 2ª analítica: Hb 15 g/dL. Persiste mal control del dolor. 3ª analítica: Hb 10,20 g/dL Hcto 28,7%. Ante la bajada de 7 puntos en 48 horas: TC abdominopélvico: rotura esplénica diferida con hematoma periesplénico y hemoperitoneo de gran cuantía. Se realiza esplenectomía urgente. El paciente pasa a la UCI 48 horas para monitorización. Evoluciona favorablemente, manteniéndose HD estable.

Orientación diagnóstica: Rotura esplénica espontánea frente a traumática (niega traumatismo).

Diagnóstico diferencial: A la llegada del paciente a Urgencias, al no ceder el dolor con la analgesia pauta (opiáceos), y al negar el paciente traumatismo abdominal, se descartó: disección aórtica: no soplo, dinero-D negativo. Perforación: cúpulas diafragmáticas normales. Pericarditis aguda: no presenta clínica compatible, ni alteraciones ECG ni enzimáticas. Pancreatitis: amilasa normal. No PCR. Hepatitis alcohólica: valorar con analítica de control. En el momento actual sin alteraciones compatibles.

Comentario final: Es importante el diagnóstico diferencial de un dolor abdominal, y no descartar la posibilidad de traumatismo como origen del dolor. Se hubiera diagnosticado quizá antes al paciente si le hubiéramos hecho alguna prueba de imagen específica (TC o ecografía) para descartar patología urgente. Como moraleja, no descartar nunca la posibilidad de traumatismo abdominal ante un dolor que no cede.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012.
2. Asociación Española de Gastroenterología. Abdomen agudo. Disponible en: http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/06_Dolor_abdominal_agudo.pdf

Palabras clave: Rotura bazo. Anemización.