

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

## 424/648 - DOLOR ABDOMINAL QUE IMITA AL CÓLICO RENAL

S. Montaño Ruiz<sup>1</sup>, F. Otero Rosado<sup>2</sup>, A. Sánchez Mingorance<sup>3</sup> y M. Alarcón Hidalgo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Sevilla. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Osuna. Sevilla. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Almorrón. Sevilla. <sup>4</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Roda de Andalucía. Sevilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 75 años con los siguientes antecedentes personales: hipertensión arterial y glucemia basal alterada, que consulta por persistencia de dolor en flanco izquierdo de 20 días de evolución que no mejora pese a tratamiento sintomático (eterocoxyb y tryptizol). Pérdida de 2 kg de peso en un mes. No náuseas ni vómitos asociados. Afebril. No sintomatología miccional ni alteración del hábito intestinal habitual. Pruebas de imagen anodinas hasta la fecha.

**Exploración y pruebas complementarias:** Aceptable estado general. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico. Normocoloreado. ACP: tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible. Dolor a la palpación en flanco izquierdo. No reacción de peritonismo. No visceromegalias. Ruidos presentes. Puño percusión renal izquierda dudosa. Analítica: hemograma: hemoglobina 12,3, hematocrito 37,9%, leucocitos 4.830 con 68% de neutrófilos, plaquetas 251.000. Bioquímica: glucosa 94, creatinina 1,1, sodio 139, potasio 4,5, bilirrubina 1,39, amilasa 184, GPT 488, FA 419, LDH 554, PCR 11,18. Coagulación: sin alteraciones. Urianálisis: no leucocitos, no hematíes, no nitritos, no proteínas. Ecografía abdominal: Hígado de características esteatósicas. Vesícula biliar muy distendida sin signos inflamatorios a nivel de su pared. No se aprecia dilatación de la vía biliar intrahepática aunque se aprecia dilatación del colédoco en todo su recorrido hasta la cabeza pancreática con dudosa existencia de afilamiento brusco. Colédoco diámetro de 1,3 cm. Se recomienda TAC reglado o RNM para valoración de vía biliar distal.

**Orientación diagnóstica:** Adenocarcinoma ampular bien diferenciado.

**Diagnóstico diferencial:** Cólico nefrítico, dolor abdominal agudo, dolor abdominal no quirúrgico, neoplasias.

**Comentario final:** El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente en servicios de urgencias, en ocasiones catalogándose de banal dada su frecuencia. Este caso nos recuerda que se debe prestar atención a todos los datos acompañantes (síndrome constitucional, persistencia de dolor abdominal pese a tratamiento farmacológico) y a las pruebas complementarias para una orientación diagnóstica correcta. Este paciente se benefició de un ingreso hospitalario para completar estudio y filiar la patología oncológica que padecía.

### Bibliografía

1. Jiménez Murillo L. Medicina de urgencias y emergencias, 5<sup>a</sup> ed. Barcelona. Elsevier; 2015.

**Palabras clave:** Dolor abdominal. Hiperbilirrubinemia. Pérdida de peso.