



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/801 - ABDOMINALGIA COMPLICADA

S. Zarza Martínez¹, P. Martínez Sotodosos², C. Díaz del Campo Calahorra³ y M. Alcázar Martínez⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital la Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. ²Médico de Familia. Centro de Salud Alcázar I. Ciudad Real. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcázar 2. Ciudad Real. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Alcázar 2. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 84 años, con HTA, DM, DL, cardiopatía isquémica, HBP, tratado con ramipril, metformina, atorvastatina, nitroglicerina, carvedilol, amlodipino, tamsulosina, clopidogrel, ácido acetilsalicílico. Presenta dolor en fosa ilíaca izquierda (FII) irradiado a fosa renal izquierda tras la cena, sin otra clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, TA: 120/70 mmHg, FC: 68 lpm. Buen estado general. ACP: rítmica sin soplos, no ruidos añadidos. Abdomen: blando, depresible. RHA conservados. Puñopercusión renal izquierda +, derecha -. Dolor al palpar FII. No peritonismo. MMII: pulsos pedios simétricos. Administramos diclofenaco + primperan im. Ante la no mejoría, derivamos a Urgencias hospitalarias. Analítica: hemoglobina: 12,9 g/dL, leucocitos: 15.200/uL (neutrofilia). Orina: glucosa positivo, cuerpos cetónicos: 50 mg/dL, hematíes: 25. Resto anodina. Rx abdomen: sin hallazgos. Administramos nolutal + enantyum y dolantina por persistir dolor. Presenta síncope e hipotensión (TA 60/45) mejorando tras sueroterapia + naloxona iv. ECG: rítmico a 100 lpm. T negativa en II, III, aVF, V5 y V6 (conocidas). No signos de isquemia aguda. Ecografía abdominal: en vacío izquierdo, masa de 122 mm, de características quísticas. Analítica control: Hb: 5,7 g/dL, Cr: 1,6 mg/dL y PCR: 6,5. Mejoría clínica. Solicitamos TAC abdominal: aneurisma sacular arteriosclerótico de aorta abdominal de 11 cm, con gran trombo mural, rodeado por hematoma retroperitoneal con signos de sangrado activo. Líquido libre retroperitoneal escaso. Desestimado por cirugía vascular y Medicina intensiva. Fallece posteriormente.

Orientación diagnóstica: Aneurisma arteriosclerótico sacular de aorta abdominal con signos de rotura aguda.

Diagnóstico diferencial: Cólico renoureteral, meteorismo, aneurisma de aorta abdominal, disección aórtica.

Comentario final: Es importante realizar una anamnesis y exploración física minuciosas cuando un paciente presenta abdominalgia, y observar su evolución, ya que podemos realizar un diagnóstico precoz. Podemos dudar, como en este caso, ya que presentaba un dolor sugerente de cólico renoureteral, con exploración y analítica compatibles, siendo la evolución la que nos da la sospecha clínica. Destaca por tratarse de una sintomatología banal en la mayoría de las ocasiones, pudiendo deberse a etiología grave.

Bibliografía

1. Suárez Pita D, et al. Hospital Universitario 12 de octubre: Manual de diagnóstico y terapéutica médica, 8ª ed. Madrid: MSD; 2016.

Palabras clave: Abdominalgia. Aneurisma. Cólico renoureteral.