



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

482/402 - A PROPÓSITO DE UN CASO: DOLOR ABDOMINAL SÚBITO EN PACIENTE DE 95 AÑOS

B. Urdín Muñoz¹, J. Ballesta Fuentes², I. Marín Subero³ y A. García Roy⁴

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza. ²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Ramona. Zaragoza. ³Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 95 años independiente. Antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus. Anticoagulada por fibrilación auricular persistente. Isquemia arterial aguda reciente de extremidad superior derecha con buena recuperación funcional tras embolectomía de urgencia. Refiere hoy dolor abdominal epigástrico de inicio súbito, con migración posterior a fosa iliaca derecha. Asocia deposiciones de características diarreicas sin productos patológicos y vómitos. Se valora en domicilio sin constatar criterios de alarma. Ocho horas más tarde, sufre dos episodios de rectorragia franca con persistencia del dolor abdominal. Se valora de nuevo en domicilio y se constata afectación severa del estado general y dolor en flanco abdominal derecho, principalmente en región inferior. Se deriva a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial 141/80 mmHg. Frecuencia cardiaca 99 lpm. Frecuencia respiratoria 18 rpm. Afectación del estado general. Afebril. Auscultación cardiaca arrítmica, pulmonar sin alteraciones. Abdomen: peristaltismo conservado. Dolor a la palpación de fosa iliaca derecha, Blumberg y Rovsing positivos. Resto de abdomen no doloroso. Buena perfusión distal de extremidades con pulsos radiales y pedios simétricos. Electrocardiograma: fibrilación auricular a 120 lpm. Analítica sanguínea: pH 7,23, pCO₂ 44, bicarbonato 18,4 mEq/L, potasio 3,8 mEq/L, lactato 9,4 mg/dL, hemoglobina 17,4 g/dL, creatinina 0,9 mg/dL, PCR 1,8, leucocitos 27,1 mill/l (neutrófilos 24,7 mill/l), hematíes 5,61 mill/l, plaquetas 221 mill/l. Se realiza TC abdominal que evidencia tromboembolismo de arteria mesentérica superior con signos de extensa necrosis de asas intestinales. Se valora por los Servicios de Cirugía General, Radiología Intervencionista y Cirugía Vascular, quienes no consideran oportuno el tratamiento quirúrgico o de revascularización por el extenso alcance de la necrosis. Se informa de la situación de gravedad a la familia y se decide limitación del esfuerzo terapéutico con optimización de medidas de confort. La paciente fallece a las 36 horas del inicio del cuadro.

Orientación diagnóstica: Afectación sistémica aguda progresiva de probable origen abdominal.

Diagnóstico diferencial: Infección abdominal, isquemia digestiva, hemorragia digestiva.

Comentario final: La isquemia mesentérica aguda se origina por oclusión arterial completa tras un tromboembolismo de origen mayoritariamente cardiaco. Hasta un tercio de los pacientes presentan un episodio tromboembólico previo. Es tiempo-dependiente y se debe sospechar ante todo dolor abdominal súbito desproporcional a la exploración física, con acidosis metabólica objetivada en el equilibrio ácido-base.

Bibliografía

1. UpToDate, 2020. [online]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-mesenteric-arterial-occlusion?search=isquemia%20mesenterica%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2.

Palabras clave: Oclusión vascular mesentérica.