



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

447/17 - UN DOLOR ABDOMINAL FATAL

R. Montiel Argáiz¹, S. Velilla Zancada²

¹Médico de Familia. Centro de Salud Calahorra. Logroño. La Rioja.²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. Logroño. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 79 años con antecedentes de cardiopatía isquémica que sigue tratamiento con furosemida 40 mg/24h, espironolactona 12,5 mg/24h, clopidogrel/ácido acetilsalicílico 75/100 mg/24h, bisoprolol 2,5 mg/12h, barnidipino 20 mg/24h, atorvastatina 20 mg/24h, ranolazina 75 mg/12h, lansoprazol 30 mg/24h, nitroglicerina parche 10 mg/24h, nitroglicerina sl si precisa. Acude por cuadro de 5 horas de dolor abdominal difuso tipo pinchazo, acompañado de sensación de mareo, vómitos biliosos y dos deposiciones líquidas sin productos patológicos.

Exploración y pruebas complementarias: TA 154/62 mmHg. SatO2 98%, FC 103 lpm. Auscultación cardiaca arrítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, doloroso con la palpación de forma difusa, sin signos de irritación peritoneal y con persistalitmo presente. Ante los hallazgos de una arritmia no conocida se solicita un ECG, donde se aprecia una fibrilación auricular a 130 lpm. La paciente es trasladada a urgencias hospitalarias para valoración. En la analítica inicial destacan elevación de LDH y amilasa, y acidosis metabólica. La radiografía y ecografía abdominal fueron normales. En urgencias realiza una deposición con restos de sangre fresca, por lo que se repite la analítica, destacando elevación de proteína C reactiva, procalcitonina, y leucocitosis. Se realiza TAC abdominal con contraste para descartar una isquemia intestinal, siendo normal. Ingresa por sospecha de isquemia mesentérica. Durante su evolución, presenta incremento del dolor abdominal, con signos de peritonismo y disminución de ruidos intestinales en la exploración. Se solicita radiografía abdominal, con dilatación de asas y niveles hidroaéreos. Se realiza una laparotomía exploradora, donde se detecta una necrosis intestinal masiva que no es viable. La paciente fallece a las 48 horas del inicio del cuadro.

Juicio clínico: Isquemia mesentérica aguda.

Comentario final: La isquemia mesentérica aguda es una urgencia médica. Requiere un diagnóstico y tratamiento precoces, ya que su mortalidad es superior al 60%. Para su diagnóstico se precisa una adecuada historia clínica, para detectar factores predisponentes en sus antecedentes. La causa más frecuente es la embólica (50%), siendo las arritmias cardíacas (fibrilación auricular) el factor precipitante más común. Clínicamente, comparte síntomas con múltiples patologías (dolor abdominal, náuseas, vómitos, distensión abdominal), lo que dificulta su sospecha diagnóstica. En la analítica, la leucocitosis, acidosis metabólica, elevación de LDH, amilasa y CK, nos orientarían hacia la presencia de necrosis intestinal. Radiológicamente, la TAC con multidetector con contraste intravenoso es la técnica más sensible y específica.

Bibliografía

Palma Baro A, Caldevilla Bernardo D, Parrondo Muiños C. Isquemia mesentérica: actualización de nuevas técnicas diagnósticas para una vieja enfermedad y revisión de signos radiológicos. Semergen. 2013;39(5):279-81.

Motoro Huguet MA, Sans Cuffi M. Isquemia intestinal. En: Ponce García J. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas, 3^a ed. España: Elsevier; 2011; p. 389-400.

Tilsed JVT, Casamassima A, Kurihara H, Mariani D, Martinez I, Pereira J et al. ESTES guidelines: acute mesenteric ischaemia. Eur J Trauma Emerg Surg. 2016;42:253-70.

Liao G, Chen S, Cao H, Wang W, Gao Q. Review: Acute superior mesenteric artery embolism: A vascular emergency cannot be ignored by physicians. Medicine (Baltimore). 2019;98(6):e14446.

Cudnik MT, Darbha S, Jones J, Macedo J, Stockton SW, Hiestand BC. The diagnosis of acute mesenteric ischemia: A systematic review and meta-analysis. Acad Emerg Med. 2013;20(11):1087-100.