



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

O-023 - DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE SANO: NO TODO ES LO QUE PARECE

B. Borzdynska Michalska^a, R. Coma Nieto^b, E. Ovejero Merino^c, A. Hernández Domínguez^b, M. Guevara Salcedo^b y B. Martínez Villena^c

^aCS Luis Vives. ^bCS Reyes Magos. ^cHospital Universitario Príncipe de Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón 66 años, acude a Urgencias por dolor de 24 horas de evolución en fosa ilíaca izquierda irradiado a fosa renal izquierda e ingle ipsilateral. Refiere sensación nauseosa. Ha presentado dos vómitos. Afebril. Niega alteraciones del hábito intestinal o síntomas miccionales. Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia. Fumador 20 cigarrillos diarios. Antecedentes quirúrgicos: hernia inguinal derecha. Medicación habitual: pravastatina y antihipertensivo.

Exploración y pruebas complementarias: presión arterial: 110/73 mmHg, 90 latidos por minuto, saturación basal 96%. Buen estado general. No impresiona de gravedad aunque sí de dolor intenso. Bien hidratado y perfundido. Abdomen: blando, depresible, doloroso en FII y fosa renal izquierda, no masas, no visceromegalias, no hay signos de irritación peritoneal, no semiología de ascitis, PPR izq positiva. En miembros inferiores se palpan pulsos pedios e inguinales, simétricos. Analítica sangre, orina sin alteraciones.

Juicio clínico: Complicación de aneurisma de aorta infrarrenal: perforación contenida a retroperitoneo.

Diagnóstico diferencial: Diverticulitis aguda. Neoplasia (colon, delgado, anexial...). Aneurisma. Isquemia mesentérica. Pancreatitis aguda. Cólico renal.

Evolución: Se sospecha de inicio un CRU izquierdo no complicado, pautando analgesia. El paciente comienza con mal estado general y sufre un sincope completo con cuadro vegetativo e intenso dolor abdominal. En exploración física mantiene constantes. Abdomen: blando, depresible muy doloroso en FII con efecto masa a ese nivel. Dudosa irritación peritoneal a nivel de FII. La puñopercusión renal izquierda es débilmente positiva. Pulsos inguinales bilaterales positivos. Ante sospecha de síndrome aórtico agudo se solicita TC abdominal urgente, analítica completa y se avisa a Cirugía Vascular. La TC confirma el diagnóstico: Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal con hematoma retroperitoneal en relación con ruptura contenida del mismo. Tratamiento: quirúrgico: endoaneurismorrafía con cierre cruzado de la arteria renal izquierda

Comentario final: Los aneurismas de aorta son los más frecuentes. La arterioesclerosis es el hallazgo más común en los pacientes con aneurisma de aorta abdominal. Los principales factores de riesgo: la edad, el género masculino, la hipertensión y la EPOC. Suelen ser asintomáticos y resultan habitualmente hallazgos casuales en una exploración clínica. La tendencia natural es hacia el crecimiento por lo que todo aneurisma debe ser seguido periódicamente. Debemos sospechar patología aórtica aguda ante dolor abdominal agudo y brusco a veces acompañado de cortejo vegetativo y repercusión hemodinámica. La prueba esencial para confirmar diagnóstico es TC abdominal urgente (con contraste intravenoso), que nos permite confirmar o

descartar la sospecha clínica y evaluar la reparabilidad quirúrgica. En caso de pacientes inestables puede ser útil la ecografía abdominal. En caso de confirmación de diagnóstico de aneurisma de aorta roto es importante la rapidez de actuación por el alto riesgo de muerte. Es una emergencia y está justificada la cirugía inmediata. La conclusión más importante del caso es que el aneurisma es una patología engañosa que antes de complicarse puede simular otras patologías como en el caso de nuestro paciente que aparentaba ser un CRU izquierdo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jimenez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias, 4^a ed. Elsevier.
2. Varona JF. Urgencias médicas, claves diagnósticas y terapéuticas. GSK.