

realizado de forma conservadora o en algunos casos requerir la resección intestinal urgente, por ejemplo, en una hemorragia que no cede. En el caso del síndrome de malabsorción intestinal suelen ser útiles el uso de antibióticos, aunque en ocasiones, el desarrollo de resistencias puede hacer necesaria la resección del tramo intestinal afecto.

En resumen, aunque la diverticulosis yeyunal es infrecuente y generalmente asintomática, esta puede ser responsable de síntomas crónicos inespecíficos o complicaciones agudas. El síndrome de malabsorción intestinal asociado puede beneficiarse de un ensayo con antibióticos y probióticos, reservando la cirugía para los casos en los que no se obtiene respuesta.

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Bibliografía

1. Johnson KN, Fankhauser GT, Chapital AB, Merritt MV, Johnson DJ. Emergency management of complicated jejunal diverticulosis. *Am Surg*. 2014;80:600–3.
2. Patel VA, Jefferis H, Spiegelberg B, Iqbal Q, Prabhudesai A, Harris S. Jejunal diverticulosis is not always a silent spectator: A report of 4 cases and review of the literature. *World J Gastroenterol*. 2008;14:5916–9.
3. Curcio G, Ligresti D, Ricotta C, Gruttadauria S, Traina M. Massive bleeding from a jejunal diverticulum reached and treated

by underwater single-balloon enteroscopy. *Gastrointest Endosc*. 2016;84:1068–9.

4. Tan KK, Liu J, Ho C. Emergency surgery for jejunal diverticulosis: Our experience and review of literature. *ANZ J Surg*. 2011;81:358–61.
5. Voiosu AM, Patrascu T, Bobirca F, Voiosu TA. Massive diverticulosis of the small intestine. *Dig Liver Dis*. 2014;46:383.

A. Martín-Lagos Maldonado^{a,*}, J. Guilarte López-Mañas^a, E. Borrego García^b y M.D. Vinuesa Guerrero^c

^a Unidad de Digestivo, Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, Especialidades Médicas y Cuidados Paliativos, Hospital de Baza, AGS Nordeste de Granada, Baza, Granada, España

^b Centro de Salud Mirasierra, Granada, España

^c Centro de Salud de Baza, AGS Nordeste de Granada, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aliciamartin-lagos@hotmail.com (A. Martín-Lagos Maldonado).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.09.006>
1138-3593/

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Macroaneurisma arterial retiniano e hipertensión: importancia del manejo multidisciplinar



Retinal arterial macroaneurysm and hypertension: Importance of the multidisciplinary approach

Presentamos el caso de una mujer de 75 años con antecedentes de hipertensión arterial mal controlada, dislipidemia, hipotiroidismo y ambliopía estrábica en el ojo derecho que acude a su centro de salud refiriendo disminución de la agudeza visual (AV) indolora en el ojo izquierdo (OI) al despertar por la mañana. En la evaluación inicial se constata una tensión arterial (TA) de 210/110 mm Hg, sin otros hallazgos relevantes en la exploración por sistemas. Tras la administración de captopril 50 mg vía oral y diazepam 5 mg sublingual descienden las cifras de TA a 165/96 mm Hg y se remite a oftalmología del hospital de referencia. En la evaluación oftalmológica destacó una AV de 0,1 en el ojo derecho y de 0,2 en el OI, catarata nuclear de grado simétrico en ambos ojos y en fundoscopia de OI, una hemorragia prerretiniana con aparente origen en la arcada temporal superior con afectación paramacular, planteándose sospecha de rotura del macroaneurisma arterial retiniano, lo que se confirma mediante angiografía fluoresceínica que muestra dilatación arterial prehemorrágica. Se inicia manejo multidisciplinar mediante el control de factores de riesgo

cardiovascular, con ajuste de tratamiento antihipertensivo por parte del médico de cabecera, y tomando en cuenta la AV también reducida en el ojo contralateral, intervenir oftalmológicamente. Esto consistió, en primera instancia, en la inyección intravítrea de SF₆, un gas expandible, para movilizar mecánicamente el sangrado desde el polo posterior retiniano a la periferia. Ante la respuesta poco favorable de esta medida se realiza la cirugía vítreo-retiniana, que incluyó vitrectomía vía pars plana, pelado de membrana limitante externa y, finalmente, limpieza de la hemorragia.

En la evaluación oftalmológica postoperatoria al mes la paciente evoluciona favorablemente, alcanzando una AV de 0,9, fundoscopia con reabsorción de hemorragia y angiografía por tomografía de coherencia óptica (angio-OCT) con signos de estabilidad de macroaneurisma y sin exudación (fig. 1). Durante esta fase la paciente continúa revisiones en su centro de salud, pese a lo cual se evidencia escasa adherencia al tratamiento antihipertensivo (enalapril 20 mg, hidroclorotiazida 12,5 mg y bisoprolol 5 mg).

Tres meses poscirugía acude a urgencias de oftalmología refiriendo nuevamente disminución de AV en el OI (0,2). La exploración ocular reveló, en esta ocasión, hemorragia en el vítreo por resangrado de macroaneurisma, presentando además una TA de 190/95 mm Hg. Se plantea el manejo expectante por parte de oftalmología, a la espera del control hipertensivo en atención primaria (se decide añadir a la medicación antihipertensiva previa, amlodipino 5 mg).

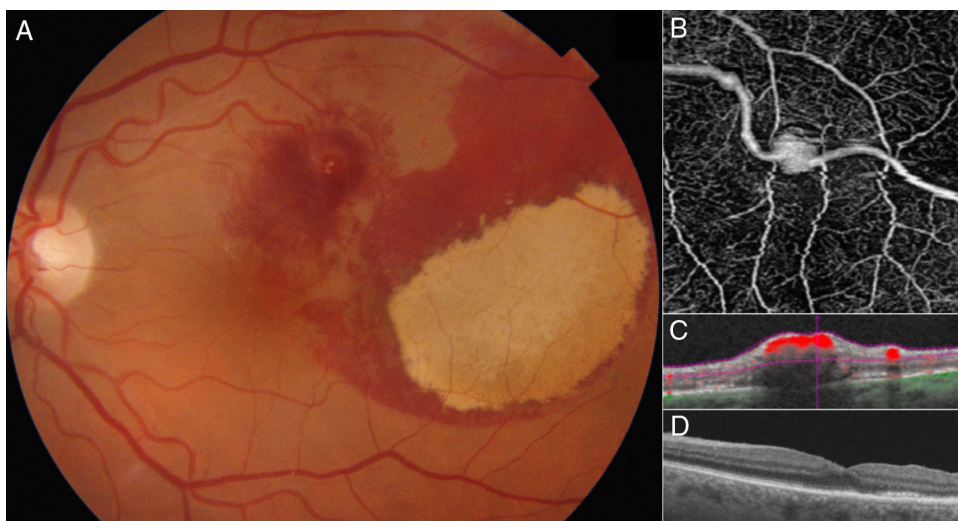


Figura 1 Revisión postoperatoria del primer mes. A. Retinografía: macroaneurisma en arcada temporal superior y hemorragia prerretiniana en reabsorción. B y C. Angio-OCT: persistencia de macroaneurisma sin edema perilesional. D. OCT macular: no presencia de edema.

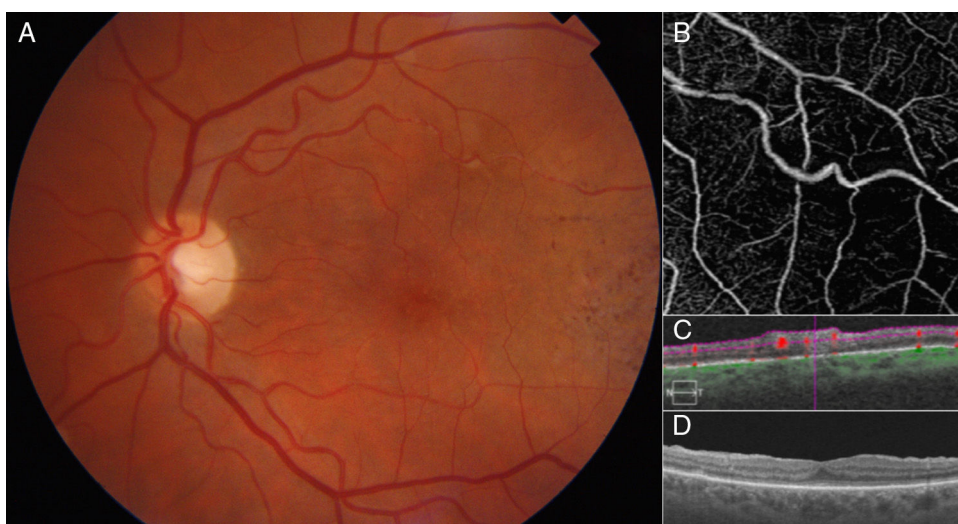


Figura 2 Revisión tras resolución de la hemorragia vítrea. A. Retinografía: esclerosis de macroaneurisma y reabsorción de la hemorragia. B y C. Angio-OCT: persistencia de flujo al nivel de la arcada temporal superior. D. OCT macular: no presencia de edema.

Seis meses tras el resangrado la paciente logra la adherencia al tratamiento antihipertensivo, produciéndose además la reabsorción total de la hemorragia y mejoría de la AV en el OI hasta 0,8, mostrando signos de esclerosis del macroaneurisma, tanto en la fundoscopia como en la angio-OCT (fig. 2).

Los macroaneurismas retinianos son dilataciones adquiridas, con forma fusiforme o sacular, de alguna de las ramas de la arteria central de la retina¹. Entre los factores de riesgo se encuentran el sexo femenino, la edad mayor de 60 años, la hipertensión arterial y la dislipidemia². Su prevalencia exacta no es conocida, ya que su presentación mayormente es asintomática, detectándose solo de forma incidental, pero se calcula que está en torno a 1/9.000 ojos^{3,4}. Sus

3 formas clínicas incluyen la quiescente, la exudativa (con eventual edema macular) y la hemorrágica⁵. Estas 2 últimas tienen el potencial de provocar pérdida persistente de AV³.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con enfermedades que produzcan cambios aneurismáticos (oclusión venosa retiniana, retinopatía diabética, retinopatía por radiación y arteritis retiniana), alteraciones angiomasas (enfermedad de Coats y von Hippel-Lindau) o hemorragia subretiniana (degeneración macular relacionada con la edad, hemangioma cavernoso y melanoma)⁶.

Independiente de la forma de presentación, el pilar fundamental del manejo es el control de los factores de riesgo cardiovascular, ya que la mayor parte de las

complicaciones se resuelven espontáneamente, sin secuelas en el transcurso de algunos meses y sin requerir tratamiento oftalmológico^{2,6}. Además, el ajuste de cifras tensionales dentro de los límites de la normalidad ha demostrado menor riesgo de resangrado y exudación⁶.

Actualmente no existe un protocolo terapéutico oftalmológico en caso de presentar amenaza visual. Opciones para el manejo incluyen la observación, las inyecciones intravítreas de antiangiogénicos o laserterapia en caso de exudación, e inyecciones intravítreas de gases expandibles y vitrectomía en caso de hemorragias^{3,6}.

Cabe recalcar que los macroaneurismas retinianos son una manifestación local de la enfermedad sistémica subyacente. Aunque, como se ha señalado, son mayormente asintomáticos, en caso de ser detectados deben alertar al clínico para un mejor control global del paciente. Además, se debe concienciar a este, con el fin de prevenir complicaciones futuras, no solo del ámbito oftalmológico. En función de todo esto resulta fundamental el rol del equipo de salud en el nivel primario.

En el caso expuesto se optó por la intervención oftalmológica debido a la escasa AV en el ojo contralateral, con el fin de acelerar la recuperación visual de la paciente. A pesar de todas las medidas terapéuticas locales realizadas la paciente no consiguió en primera instancia adherencia al tratamiento antihipertensivo, lo que provocó resangrado de la lesión. Una vez conseguido el control tensional se logra la estabilidad del macroaneurisma retiniano, minimizando las recidivas de resangrado y exudación, y favoreciendo su esclerosis, lo que pone de manifiesto, una vez más, la importancia del manejo multidisciplinar.

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Bibliografía

1. Robertson DM. Macroaneurysms of the retinal arteries. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol.* 1973;77:OP55-67.
2. Panton RW, Goldberg MF, Farber MD. Retinal arterial macroaneurysms: Risk factors and natural history. *Br J Ophthalmol.* 1990;74:595-600.
3. Koinzer S, Heckmann J, Tode J, Roeder J. Long-term, therapy-related visual outcome of 49 cases with retinal arterial macroaneurysm: A case series and literature review. *Br J Ophthalmol.* 2015;99:1345-53.
4. Xu L, Wang Y, Jonas JB. Frequency of retinal macroaneurysms in adult Chinese: The Beijing Eye Study. *Br J Ophthalmol.* 2007;91:840-1.
5. Lavin MJ, Marsh RJ, Peart S, Rehman A. Retinal arterial macroaneurysms: A retrospective study of 40 patients. *Br J Ophthalmol.* 1987;71:817-25.
6. Pitkänen L, Tommila P, Kaarniranta K, Jäskeläinen JE, Kinunen K. Retinal arterial macroaneurysms. *Acta Ophthalmol.* 2014;92:101-4.

Á. Olate-Pérez^{a,*}, M. Bóveda-García^b,
A. Gargallo-Benedicto^a, D. Hernández-Pérez^a
y A. Duch-Samper^a

^a Servicio de Oftalmología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aolatep@hotmail.com (Á. Olate-Pérez).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.11.009>
1138-3593/

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Dolor abdominal recurrente. Síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo abdominal a propósito de tres casos



Recurrent abdominal pain. Abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome: A report of three cases

El dolor abdominal es uno de los motivos más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias. Hasta el 30% de los pacientes que consultan por dolor abdominal inespecífico podrían presentar dolor de origen parietal¹⁻³. Tan solo un 4% de los médicos consideran esta entidad como una alternativa diagnóstica^{2,4}. Esto conlleva la realización de múltiples evaluaciones diagnósticas y pruebas terapéuticas, con el consiguiente incremento del gasto sanitario, retraso en el diagnóstico e importante ansiedad del paciente^{1,2,4}.

Dentro de las causas de dolor de origen en la pared abdominal la más frecuente es el síndrome de atrapamiento

del nervio cutáneo abdominal (Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome)^{2,5} cuyo acrónimo en inglés es ACNES.

La correcta anamnesis acompañada de una exploración física completa, que incluya el test de Carnett (localizar el punto doloroso y pedir al paciente que contraiga la musculatura abdominal) que es positivo si el dolor aumenta o permanece estable son suficientes para establecer un correcto diagnóstico de sospecha^{2,3,6}.

Caso 1

Presentamos el caso de una mujer de 25 años, sin antecedentes, que presenta dolor en hemiabdomen izquierdo con irradiación a hipogastrio, invalidante, de semanas de evolución. Fue estudiada en el servicio de Urología con sospecha de crisis renoureteral con estudio ecográfico y TC urológico normal. Ante la persistencia del dolor, y tras varias consultas en el servicio de urgencias se derivó a consultas de Medicina Interna, decidiéndose ingreso para estudio. Se realizó analítica de sangre y orina completa, ecografía, TAC abdominopélvica, RMN abdominal y colonoscopia