



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2062 - ME DUELE LA BARRIGA

J. Martínez de Madojana Hernández^a, V. Lumbreras González^a, J. Capón Álvarez^a, L. González Coronil^b, J.J. León Regueras^c, Á. Díaz Rodríguez^c, O. Mahmoud Atoui^c, E. Méndez Rodríguez^a, A.M. Tierra Rodríguez^d y A.J. Coutinho dos Santos^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico de Familia. Centro de Salud Bembibre. León.

^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bierzo. León. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^eMédico de Familia. Hospital El Bierzo. Ponferrada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 83 años, sin antecedentes de interés, acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal y estreñimiento de 48 horas de evolución, acompañado de vómitos y discreta distensión abdominal.

Exploración y pruebas complementarias: REG, COC, NH, sudoración y palidez cutánea. TA: 160/90 mmHg. T^a: 38,5 °C. ACR: Rítmica, sin soplos, MV conservado, no ruidos patológicos. Abdomen: En tabla, doloroso a la palpación, signos de irritación peritoneal, RHA disminuidos. ECG (actual): taquicardia sinusal a 110 lpm, no alteraciones de la repolarización. Analítica: Hb 15,4, plaquetas 274.000, leucos 4.800 (neutrófilos 91,1%, 6% cayados). Glucosa 91, creat 4,69, urea 148, K 5,8, Na 131, AST 26, BT 0,6, amilasa 54, pH 7,46, pCO₂ 27, pO₂ 79, HCO₃ 18,9, SatO₂ 96%, lactato 4. Rx abdomen: Imagen en pila de monedas, distensión asas de intestino delgado. TAC: neumoperitoneo secundario a perforación del sigma con paso de cantidad de restos fecales intraperitoneales entre asas pélvicas.

Juicio clínico: Peritonitis fecaloidea secundaria a perforación rectal.

Diagnóstico diferencial: Oclusión intestinal por adherencias secundarias (a cirugías previas, hernias internas, o neoplasias). Apendicitis, diverticulitis, úlcera péptica perforada, isquemia mesentérica, colecistitis, pancreatitis, (trastornos del tracto urinario), infarto de miocardio y aneurisma de aorta abdominal.

Comentario final: La paciente fue valorada en 3 ocasiones durante las primeras 48-72 horas hasta que la clínica se hizo más evidente. En un principio consultaba por molestias abdominales difusas, con estreñimiento, sin fiebre y sin signos de irritación peritoneal. Tanto la exploración abdominal como las pruebas complementarias que se realizaron en ese momento no mostraron ningún hallazgo valorable. En el paciente anciano tanto la frecuencia como la forma de presentación de la patología se manifiesta de forma diferente con respecto a pacientes jóvenes. Esto hace que el porcentaje de diagnósticos sea más bajo y la morbimortalidad más alta. Aunque la causa más frecuente de dolor abdominal quirúrgico es la apendicitis, en el anciano aparece con más frecuencia la oclusión intestinal, la pancreatitis, enfermedad diverticular, patología vascular, herniaria y cáncer. La

apendicitis aguda no es rara en pacientes de edad avanzada, además su presentación es diferente, entre otras cosas porque llegan más tarde al hospital y con más frecuencia se manifiesta con perforación, que puede haber provocado peritonitis.

Bibliografía

1. Longo L, Kasper DL, Jameson JL, et al. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2013.

Palabras clave: *Abdomen agudo. Anciano.*