



242/4844 - UN ASESINO DE GUANTE BLANCO

D. Lumbreras Manjón^a, M. Cabezuelo Barber^a y A. Núñez Villén^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.

^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 69 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular (obesidad, diabetes mellitus, dislipemia, hipertensión arterial, exfumadora) consulta por dolor abdominal epigástrico irradiado en cinturón, posteriormente difuso de 3 horas de evolución acompañado de náuseas y vómitos de contenido alimenticio y diarrea líquida sin productos patológicos. Afebril. No presenta otra sintomatología interrogada por aparatos. En los meses previos había consultado con su médico de atención primaria por episodios recurrentes de dolor abdominal menos intenso. Tras varias horas en observación de urgencias hospitalarias presenta rectorragia.

Exploración y pruebas complementarias: EVA 10/10. Estable hemodinámicamente. AC: sistólico panfocal. Abdomen muy globuloso, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda a nivel de epigastrio, sin evidenciarse signos de peritonismo ni palpase masas o visceromegalias. Peristaltismo normal presente. ECG normal. Gasometría venosa: lactato: 2,7 mmol/l; No alteraciones del equilibrio ácido-base. Bioquímica: glucosa: 278 mg/dl; amilasa: 184 ui/l; PCR: < 5 mg/l; no alteraciones hidroelectrolíticas. Coagulación sin alteraciones. Hemograma: hemoglobina: 11,5 g/dl, VCM: 90,7 fl; HCM: 30,7 pg; CHCM: 33,8 g/dl; ADE: 15. No leucocitosis ni alteraciones plaquetarias. Orina: sedimento urinario con 75 leucocitos/ul. Resto negativo. Rx de tórax PA y L: sin hallazgos significativos. Rx de abdomen AP: aireación intestinal inespecífica. Ante la ausencia de mejoría clínica se decide observación y analítica control. Analítica: gasometría venosa: lactato: 3,2 mmol/l; no alteraciones del equilibrio ácido-base. Bioquímica: glucosa: 381 mg/dl; Ck total: 198 ui/l; amilasa: 143 ui/l; PCR: 11 mg/l. Hemograma: hemoglobina: 10,9 g/dl; leucocitos: $11,6 \times 10^9/l$; neutrófilos absolutos: $10,80 \times 10^9/l$. Ecografía abdominal subóptima por abundante tejido adiposo, descarta signos de colitis isquémica. TAC abdominopélvico con contraste endovenoso: trombo oclusivo en la arteria mesentérica superior, con signos de isquemia de la pared intestinal de yeyuno e íleon y presencia de gas en el sistema venoso mesentérico.

Juicio clínico: Isquemia mesentérica aguda.

Diagnóstico diferencial: Colitis isquémica. Isquemia mesentérica crónica.

Comentario final: 1. La anamnesis y exploración física, junto con la observación del paciente siguen siendo la base del diagnóstico en el abdomen agudo. 2. "Piense en lo peor" debe ser la base del enfoque del paciente con dolor abdominal agudo. 3. Atención a la cronología de los signos y síntomas. 4. Considerar factores de riesgo cardiovascular como causa de patología intestinal crónica

y aguda.

Bibliografía

1. Libro AEG. Práctica Clínica en Gastroenterología y Hepatología.
2. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 7ª ed.

Palabras clave: Enfermedades intestinales vasculares. Colitis isquémica. Isquemia mesentérica.