



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/2883 - DOCTOR, CONTINUÓ CON DOLOR EN LA BOCA DEL ESTÓMAGO

B. Martínez Bautista<sup>1</sup>, A. Carro González<sup>2</sup>, D. Fernández Ferreiro<sup>3</sup> y P. Ureña Solís<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. Asturias. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles-Colloto. Oviedo. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Motivo de consulta: Epigastralgia. AP: NAMC. No hábitos tóxicos. HTA controlada con dieta y dispepsia. Cirugía: Histerectomía. Medicación: omeprazol 20 mg (1-0-0). Enfermedad actual: Paciente de 74 años que acude a consulta de atención primaria (AP) por epigastralgia intensa que no mejora con tratamiento. Presenta náuseas, vómitos, RGE e hinchazón abdominal. Pérdida de apetito. No diarrea. Estreñimiento desde hace 3 días. No clínica miccional. Niega fiebre.

**Exploración y pruebas complementarias:** 36,2 °C, 153/90, 86 ppm. Regular estado general. ACP: RsCsRs sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Levemente distendido, depresible, molestias a la palpación epigástrica. Ruidos peristálticos disminuidos. No se palpan masas ni megalias, ni hernias. Tacto rectal: Hemorroides internas. No se palpan masas. Ampolla rectal vacía. Dedo de guante limpio. PPCC: Hemograma: normal. Bioquímica: amilasa: 71 U/L, lipasa 22 U/L, CK 92 U/L, TnT 11 ng/L, bilirrubina total 0,7 mg/dL, bilirrubina directa 0,2 mg/dL, ASP 19 U/L, ALT 15 U/L, PCR 1,5 mg/dL. Análisis de orina: normal. Coagulación: normal. ECG: RS, sin alteraciones en la repolarización. Eco abdomen AP: presencia de asas edematizadas y líquido libre peritoneal. Rx abdomen (PA y bipedestación): Asas de intestino delgado distendidas y leve engrosamiento de pliegues en hipocondrio izquierdo. En bipedestación se observa un pequeño nivel hidroaéreo.

**Orientación diagnóstica:** Evolución: desde AP se deriva a Urgencias hospitalarias para confirmar sospecha diagnóstica. Se realiza TC abdomen: Hallazgos compatibles con obstrucción de un segmento de intestino delgado, alteración en la morfología de los vasos que sugiere la presencia de brida o hernia interna. Ingresa en Cirugía General para intervención urgente.

**Diagnóstico diferencial:** IAM, ERGE, colecistitis, íleo paralítico, pseudooclusión intestinal, vólvulo.

**Comentario final:** Se trata de un caso de sospecha de abdomen agudo en AP donde la anamnesis y una completa exploración física es fundamental para orientar las pruebas complementarias. Pudiéndose realizar ECO abdominal en AP y derivar a un medio hospitalario para confirmar nuestra sospecha diagnóstica mediante una prueba de imagen más específica (TC abdomen) y ser valorada y tratada adecuadamente.

### Bibliografía

1. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. Principios, organización y métodos en medicina de familia:

**Palabras clave:** Epigastralgia. Obstrucción intestinal. Brida.