



262/84 - DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR

A. Marco Ibáñez^a, J. Fernando Pina^b, J. López Coscojuela^c y A. Jacinto Martín^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almozara. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 77 años. AP: exfumador, HTA, DMNID, ACXFA paroxística (acenocumarol, bisoprolol), dislipemia, úlcera duodenal y apendicectomía. Consulta a MAP por dolor cólico brusco en hemiabdomen izquierdo de 48h de evolución, un vómito alimenticio y ocasional sensación distérmica, sin diarrea ni clínica miccional.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 170/70 mmHg, afebril. Auscultación cardiopulmonar y EEII sin alteraciones. Abdomen: doloroso en flanco y fosa iliaca izquierdos, sin palpase visceromegalias ni contractura, timpánico, peristaltismo conservado. Puñopercusión renal izquierda positiva. ECG: sinusal, 60 lpm. Derivado a urgencias para pruebas complementarias. As: PCR 2,93, PCT 0,10, leucocitosis con neutrofilia, INR 2,59. AO, radiografía tórax y abdomen y ecografía abdominal sin alteraciones. TC abdominal: isquemia e infartos esplénicos, oclusión completa de rama arterial esplénica medial. Ingresa en medicina interna, con analgesia, realizándose colonoscopia, que concluye mucosa de colon y recto macroscópicamente normal. Tras alta MAP, por mal control de FRCV, insiste en estilo de vida saludable, aumenta dosis de valsartán y atorvastatina, y deriva a cardiología, sustituyéndole acenocumarol por rivaroxabán.

Juicio clínico: Infartos esplénicos en paciente con ACXFA y FRCV.

Diagnóstico diferencial: Colitis isquémica, ITU, cólico renal.

Comentario final: El infarto esplénico es una causa infrecuente de dolor abdominal agudo. El TC abdominal es la prueba más sensible para diagnosticarlo, aunque debe sospecharse por la clínica. De elección tratamiento conservador con analgesia y anticoagulación, debiendo considerar cambio de principio activo si infarto o AIT pese a anticoagulación crónica. Usualmente por tromboembolismo asociado con patología cardiovascular como FA, considerándose la HTA el principal factor de riesgo para su debut, recurrencias y complicaciones, siendo los antihipertensivos más indicados IECAs o ARA-II y como antiarrítmico bisoprolol. El MAP tiene un papel fundamental en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo, la prevención y manejo de los FRCV y detección de FA y sus complicaciones, contribuyendo al seguimiento multidisciplinar de estos pacientes, con el objetivo de mejorar calidad de vida y pronóstico.

Bibliografía

1. Guidelines for the management of atrial fibrillation. ESC with eacts. 2016.
2. Cox M, Li Z, Desai V, Brown L, Deshmukh S, Roth CG, et al. Acute nontraumatic splenic infarctions at a tertiary-care: causes and predisposing factors in 123 patients. *Emerg Radiol.* 2016;23(2):155-60.