



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1701 - IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA CLÍNICA EN EL DOLOR ABDOMINAL

A. Tamarit Latre^a, A.B. González Navalón^b, A. García Porras^c, E. Tórtola Ventura^c, A. Viña Almunia^d, M. Bernuz Rubert^e, D. Lumbreras Manjón^f, Á. Campo Jiménez^d, F.J. Precioso Costa^g y A. Núñez Villén^g

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Zona Hospital Peset. Valencia. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ^eMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Zona Hospital Peset. Valencia. ^fMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Zona Hospital Peset. Valencia. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Benlloch. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 43 años con antecedentes de cólicos nefríticos bilaterales y enfermedad de Crohn diagnosticada en el 2000, seguida hasta hace 4 años en hospital privado, en tratamiento con Pentasa 1 g 1 c/12h, Imurel 50 mg 3c/24h. Acude a urgencias por dolor en mesogastrio irradiado a FID de 16h de evolución, cólico, acompañado de náuseas y vómitos alimentarios, diaforesis y mal estado general. No alteración del ritmo deposicional ni productos patológicos en heces. No factores que empeoren o alivien el dolor. No síndrome miccional ni fiebre. Refiere haber cenado langostinos con sobrasada y cebolla frita, siendo ésta la última ingesta, hace 12 horas. Acudió a urgencias hace 8h por cuadro clínico similar. Dado de alta ante mejoría clínica tras tratamiento analgésico (escopolamina y dexketoprofeno).

Exploración y pruebas complementarias: TA: 114/71 mmHg, FC: 80 lpm, T^a: 36,6 °C. Normohidratado y normocloreado. Mal estado general. AP: mvc sin ruidos sobreañadidos. AC: rítmica sin soplos. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación de forma difusa, con predominio en hemiabdomen inferior. Murphy negativo, Blumberg y Mc Burney dudosos, por intensidad del dolor a la palpación y defensa abdominal. Disminución del peristaltismo, aunque presente, sin ruidos patológicos. Sucusión renal negativa bilateral. No edemas en miembros inferiores. Pulsos pedios presentes. Analítica de sangre (4:00): glucosa: 96 mg/dl; urea: 44 mg/dl; bilirrubina: 0,6 mg/dl; ALT: 11 UI/l, amilasa: 90 UI/l, proteínas totales: 6,6 g/dl, calcio: 9,9 mg/dl; sodio: 142 meq/l, potasio: 4,1 meq/l, Pcr: 5 mg/l, FG: 108. Hemograma: hematíes: $3,56 \times 10^{12}/l$, Hb: 12,4 g/dl, leucocitos: $5,9 \times 10^9/l$, neutrófilos: $4,1 \times 10^9/l$ (70,6%), linfocitos: $1,3 \times 10^9/l$ (21,4%). Rx abdomen: aireación intestinal inespecífica. Analítica de sangre (12:30): glucosa: 115 mg/dl; urea: 40 mg/dl; bilirrubina: 1,25 mg/dl; ALT: 12 UI/l, amilasa: 82 UI/l, proteínas totales: 7,4 g/dl, calcio: 10,2 mg/dl; sodio: 140 meq/l, potasio: 4,8 meq/l, cloro: 105 meq/l, Pcr: < 5 mg/l, FG: 96. Hemograma: hematíes: $4,15 \times 10^{12}/l$, Hb: 14,1 g/dl, Hto: 41,6%, leucocitos: $7,8 \times 10^9/l$, neutrófilos: $6,5 \times 10^9/l$ (83,6%), linfocitos: $0,9 \times 10^9/l$ (11,4%), plaquetas: $339 \times 10^9/l$. Fibrinógeno: 403 mg/dl. Gasometría venosa: pH: 7,49, Pco₂: 35 mmHg, Pos: 18,5 mmHg, HCO₃: 26,8 mmol/l. Analítica de orina:

densidad: 1.030, pH: 6,0, Cuerpos cetónicos: 20 mh/dl. Resto negativo. Rx abdomen (12:30): sin alteraciones. Ecografía abdominal: dilatación de asas de intestino delgado con pequeña cantidad de líquido libre interasas. En íleon terminal se observa un segmento corto de unos 4cm con engrosamiento mucoso sobre todo a expensas de la muscular, en relación con su patología de base. Discreto aumento de flujo Doppler color. Proximal a este tramo de íleon terminal, el íleon es de características normales, por lo que debe existir otro segmento afecto no visualizado que condicione la dilatación de asas de intestino delgado. También se observa un tramo corto en colon descendente con engrosado mural sin condicionar dilatación del marco cólico.

Juicio clínico: Suboclusión intestinal en enfermedad de Crohn.

Diagnóstico diferencial: Cólico biliar. Cólico nefrítico. Apendicitis aguda. Brote de enfermedad de Crohn. Complicación de enfermedad de Crohn.

Comentario final: En urgencias se administra dexketoprofeno y metamizol endovenoso con mejoría del dolor. Los vómitos persisten pese a tratamiento con metoclopramida y granisetron, por lo que se coloca SNG. Se cursa ingreso en Digestivo, donde tras tratamiento con corticoides iv el paciente mejora rápidamente, pudiéndole dar el alta a los 3 días de hospitalización. Actualmente sigue controles por Digestivo de zona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernando Gomollón M, Enfermedad inflamatoria intestinal. Enfermedad de Crohn. En: Montoro M, García Pagán J, eds. Gastroenterología y Hepatología: Problemas comunes en la práctica clínica. 2ª edición; 2012. p. 443-58.