



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/4347 - EPIGASTRALGIA Y SANGRADO MASIVO DIGESTIVO BAJO

N. Navarro Ortiz^a, A. Navarro Hermoso^a, J. Peláez Vélez^b y T. Expósito Montes^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Salvador Caballero. Granada. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 73 años de edad con antecedente de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril sin alergias medicamentosas conocidas. Niega hábitos tóxicos aunque su familia reconoce enolismo crónico y fumador de 10 cigarrillos diarios de larga data. Acude al Servicio de Urgencias porque durante la noche ha tenido varios episodios de urgencia defecatoria apreciando sangre fresca en las deposiciones. Asocia malestar general acusado en los últimos tres días y epigastralgia que no cede a paracetamol. Hace dos meses asistió a este mismo servicio por hematemesis con diagnóstico de hemorragia digestiva alta por úlcera en bulbo duodenal que precisó de tratamiento con IBPs y empíricamente antibioterapia para erradicación de *Helicobacter pylori*.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general con palidez cutánea y tinte subictérico. TA 85/45. Taquipneico en reposo (32 rpm). ACR con tonos rítmicos a frecuencia media alta (120 lpm) y murmullo vesicular conservado sin ruidos respiratorios sobreañadidos. Abdomen depresible con molestias generalizadas y dolor a la palpación en región epigástrica. Blumberg, Rovsing y Murphy negativos. Tacto rectal no doloroso a la maniobra con restos de sangre oscura y coágulos de sangre fresca. Miembros inferiores con mínimos edemas en regiones declives, sin signos de TVP. En una primera analítica a su llegada: bioquímica con urea 47, hemograma normal con hemoglobina 14,5 y coagulación sin hallazgos. Sistemático de orina negativo. En analítica de control a las 4h (después de nuevas deposiciones hemorrágicas): urea 105, creatinina 1,01, hemoglobina 8,9 con hematocrito 35% y actividad de protrombina 61% en la coagulación. Se avisa a digestólogo de guardia quién realiza endoscopia digestiva alta: HDA con dos úlceras en cara posterior de bulbo duodenal clasificación de Forrest IIC.

Orientación diagnóstica: Tránsito rápido en contexto de nueva hemorragia digestiva alta con repercusión hemodinámica.

Diagnóstico diferencial: Melenas (heces alquitranosas por HDA). Rectorragia (HDB). Heces oscuras por AINEs o hierro.

Comentario final: Es ideal la visión directa del sangrado y tratamiento inmediato con IBPs. El paciente había dejado el tratamiento con omeprazol prescrito hace dos meses como preparación para consulta de Aparato Digestivo donde se iba a someter a test del aliento.

Bibliografía

1. Raju GS, Gerson L, Das A. Institute technical review on obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology*. 2007;133:1697-717.

Palabras clave: HDA. Endoscopia. Anemización.