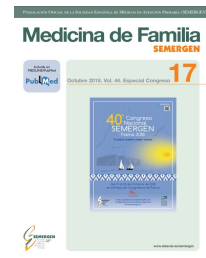




# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/2308 - NO ES UN GEA TODO LO QUE PARECE

M. Benjumea Acosta, L. Bernal Pavón e I. Gálvez García

Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozoblanco. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 80 años traigo por DCCU. Tras terminar de comer y después de un café ha comenzado con intenso dolor abdominal epigástrico sordo y continuo acompañado de vómito alimentario, sin mejorar el dolor. Escalofríos y sudoración. No fiebre. AP: No AMC. DLP. Ca próstata. Angioma hepático. Exfumador hace 30a. IQx: cataratas. Tratamiento habitual: AAS, simvastatina.

**Exploración y pruebas complementarias:** REG, COC. Palidez y frialdad cutánea. Eupneico, febril. ACP, mmii: anodino. Abdomen: dolor en epigastrio con defensa voluntaria a la palpación profunda. Hernia umbilical reductible. Peristaltismo presente. No timpanismo. No masas ni megalia. EKG: rs 75 lpm. Rx abdomen: heces en marco cólico. Resto normal. AS: normal.

**Orientación diagnóstica:** Se administra paracetamol, ondasentrón, SSF. Durante su estancia en urgencias presenta vomito bilioso oscuro y comienza con deposiciones diarreicas blandas. El dolor se irradia de epigastrio a FID, presentando leve mejoría tras tratamiento. Acude cirujano de guardia que desestima patología quirúrgica actual. La clínica cede y se procede a alta con reajuste de tratamiento.

**Diagnóstico diferencial:** GEA, intoxicación alimentaria, Cuadro suboclusivo, isquemia mesentérica.

**Comentario final:** A las 3 horas acude de nuevo a urgencias por empeoramiento de dolor abdominal, continúa con vómitos y deposiciones diarreicas malolientes. Tª 37,4 °C. Abdomen: no cambio respecto previo. Se pasa a Observación y se refuerza tratamiento. Durante toda la noche persisten vómitos biliosos oscuros y dolor abdominal intenso. Se habla con Radiología y se pide TAC abdominal: trombosis de art. mesentérica superior a unos 4 cm de su origen. Leve distensión de asas de íleon. No líquido libre. AS: leve leucocitos, PCR 40. Acude de nuevo cirujano de guardia y tras valoración se decide Traslado a Hospital de referencia para intervención quirúrgica urgente. Se realiza ileostomía, resección de 2,5 cm de ID terminal. Presenta buena recuperación con correcta tolerancia oral. Actualmente el paciente presenta una buena calidad de vida.

### Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
2. Julián Jiménez A, et al. Manual de protocolos y actuación en urgencias, 4ª ed. Grupo SANED;

2016.

3. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012.

**Palabras clave:** Exploración abdominal. Dolor abdominal persistente. Vómitos biliosos. Cirujano.