



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/123 - DOCTORA, NO ME HE PELEADO CON NADIE

B. Pax Sánchez<sup>a</sup>, M. Millán Hernández<sup>b</sup>, R. García Arriola<sup>c</sup> y E. Sierra Rubio<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monterozas. Las Rozas. Madrid.

<sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Aravaca. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Marazuela. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por dolor abdominal de 48 horas de evolución, localizado en epigastrio irradiado a hipocondrio izquierdo. Refiere ingesta de alcohol los 2 días previos. Niega traumatismo abdominal. No fiebre ni otra sintomatología acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 140/90 mmHg, FC: 90 lpm. Sudoroso. ACP: normal. Abdomen: blando, doloroso a la palpación profunda en HCI y epigastrio. Algo distendido. No defensa. Se realiza 1ª analítica: Sin hallazgos significativos. Hb 17 g/dL, Hcto 48,20%. Troponinas negativas. Dímero D negativo. Se deja para control del dolor ya que se intenta hasta con morfina sin llegar a controlar. 2ª analítica: Hb 15 g/dL. Persiste mal control del dolor. 3ª analítica: Hb 10,20 g/dL Hcto 28,7%. Ante la bajada de 7 puntos en 48 horas: TC abdominopélvico: rotura esplénica diferida con hematoma periesplénico y hemoperitoneo de gran cuantía. Se realiza esplenectomía urgente. El paciente pasa a la UCI 48 horas para monitorización. Evoluciona favorablemente, manteniéndose HD estable.

**Orientación diagnóstica:** Rotura esplénica espontánea frente a traumática (niega traumatismo).

**Diagnóstico diferencial:** A la llegada del paciente a Urgencias, al no ceder el dolor con la analgesia pautada (opiáceos), y al negar el paciente traumatismo abdominal, se descartó: disección aórtica: no soplo, dímero-D negativo. Perforación: cúpulas diafragmáticas normales. Pericarditis aguda: no presenta clínica compatible, ni alteraciones ECG ni enzimáticas. Pancreatitis: amilasa normal. No PCR. Hepatitis alcohólica: valorar con analítica de control. En el momento actual sin alteraciones compatibles.

**Comentario final:** Es importante el diagnóstico diferencial de un dolor abdominal, y no descartar la posibilidad de traumatismo como origen del dolor. Se hubiera diagnosticado quizá antes al paciente si le hubiéramos hecho alguna prueba de imagen específica (TC o ecografía) para descartar patología urgente. Como moraleja, no descartar nunca la posibilidad de traumatismo abdominal ante un dolor que no cede.

## Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012.
2. Asociación Española de Gastroenterología. Abdomen agudo. Disponible en: [http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/06\\_Dolor\\_abdominal\\_agudo.pdf](http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/06_Dolor_abdominal_agudo.pdf)

**Palabras clave:** Rotura bazo. Anemización.