Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2136

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/1664 - ORIGEN OSCURO

R. Sánchez Ibáñez[1], M. Muñoz Martín[1], R. Casas Sepúlveda[1] y A. Alarcón Escalonilla[2]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bargas. Toledo. [2]Médico de Familia. Centro de Salud Santa María de Benquerencia. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 66 años. Hipertenso, diabético tipo 2, flutter auricular con ablación en 2010. Ingreso en Digestivo en 2012 por hemorragia digestiva alta secundaria a toma de AINEs; estudio endoscópico: lipoma gástrico ulcerado. Tratamiento: omeprazol, diltiazem, apixabán, metformina, olmesartán. Acude a nuestra consulta por astenia generalizada asociando heces oscuras, de consistencia normal, hábito intestinal normal. Niega toma de AINEs.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado, eupneico en reposo, palidez mucocutánea. AC: arrítmico, sin soplos. AP y EEII: normal. Abdomen blando y depresible, RHA+ y normales. No dolor a la palpación. No signos de irritación peritoneal. No se palpan masas ni megalias. Tacto rectal: no alteración esfinteriana, dedil manchado de heces pastosas de características melénicas. Ante la clínica que presenta el paciente y los hallazgos en la exploración física, se deriva a urgencias hospitalarias. A su llegada a urgencias: TA: 110/60; FC: 170 lpm; Tª: 37 ºC; Sat O2: 99%. Se realiza ECG (flutter a 160 lpm) y se monitoriza. Se canalizan 2 vías periféricas, se administra 500 cc suero salino y diltiazem. Se solicita analítica de sangre completa con pruebas cruzadas evidenciándose HB: 4,5 g/dl, Hematocrito: 12,8%. Se administran 2 ampollas de pantoprazol y posteriormente, perfusión de pantoprazol. Se trasfunden 2 concentrados de hematíes. Comentamos con digestivo de guardia que decide ingreso a su cargo. Durante el ingreso, se suspende apixabán, se realiza gastroscopia, duodenoscopia, colonoscopia y cápsula endoscópica sin encontrar causa del cuadro clínico. Se reintroduce anticoagulación inicialmente con HBPM y luego con dagibatrán. Dada la estabilidad clínica y analítica (HB: 10,7 g/dl, hematocrito: 31,9%), se decide alta.

Orientación diagnóstica: Hemorragia digestiva de origen oscuro con anemización secundaria.

Diagnóstico diferencial: Úlcera péptica. Varices esofágicas. Esofagitis. Síndrome Mallory-Weiss. Erosiones gástrica y duodenal. Neoplasia esófago-gastro-duodenal. Angiodisplasias y malformaciones vasculares.

Comentario final: La hemorragia digestiva de origen oscuro se define como aquella que permanece o desaparece sin que se identifique la causa tras la realización de endoscopia digestiva alta, colonoscopia y exploración radiológica de intestino delgado. Se estima una prevalencia del 5%. Intestino delgado: origen más probable (75%). Es fundamental la historia clínica y exploración física completas para establecer el plan diagnóstico.

Bibliografía

1. Serrano León MD, Rodríguez Pardo MJ. Protocolo diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen oscuro. Elsevier. 2012;11(4):249-52.

Palabras clave: Melenas. Anemia. Hemorragia digestiva.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.