



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/284 - ABDOMEN AGUDO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Michel Tactuk<sup>a</sup>, K. Buelvas de la Ossa<sup>a</sup>, E. Bermejo Ruiz<sup>b</sup>, M. Puchol Palomar<sup>c</sup>, E. Iriondo Bernabeu<sup>d</sup> y A. Vidal Blázquez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Laredo. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Consultorio Rural Valle de Villaverde. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Laredo. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Coto I. Castro Urdiales. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 58 años, sin antecedentes personales. Avisa al 061 por dolor abdominal intenso, inicio súbito, constante, irradiado a testículo, de minutos de evolución y síncope posterior. En domicilio: mal estado general, estuporoso, sudoración profusa, mal perfundido, irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos disminuidos. Buenos pulsos distales. No bultoma inguinal, alteración escrotal ni dolor testicular. Niega fiebre. Se deriva a urgencias con sospecha de abdomen agudo. En urgencias: TA: 88/56 mmHg, FC: 72 lpm, FR: 16 rpm, SatO<sub>2</sub>: 98%. Persiste dolor abdominal, predominio izquierdo con escasa respuesta a analgesia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Leucocitos 18.800, Hb 14 g/dl, hematocrito 42,9%, plaquetas: 207.000/mm<sup>3</sup>. Glucosa 190 mg/dl, Cr: 1,2 mg/dl, Na: 137 mEq/L, K: 4,1 mEq/L. INR: 1,06. PCR: 3 mg/dl, fibrinógeno 415 mg/dl. pH: 7,29. Rx abdomen simple: borramiento significativo de psoas izquierdo. TAC abdominal: aneurisma abdominal infrarrenal (12,6 × 7,5 × 7,9 cm). Ateromatosis calcificada moderada. Hematoma retroperitoneal (70 × 12 cm). Se deriva a servicio de cirugía vascular y realizan bypass aorto-aórtico abdominal infrarrenal urgente.

**Juicio clínico:** Rotura de aneurisma aórtico abdominal infrarrenal.

**Diagnóstico diferencial:** Perforación de víscera abdominal, isquemia intestinal, pancreatitis aguda.

**Comentario final:** Se considera aneurisma abdominal aórtico (AAA) a una dilatación mayor de 3 cm. Tiene prevalencia de 4-8% entre los 60-84 años y la rotura mortalidad superior al 50%. Se consideran muy grandes aquellos de diámetro mayor de 6 cm, con alto riesgo de ruptura (10-20% en 1 año) y es un criterio para cirugía electiva. Los factores de riesgo para desarrollo de AA son edad avanzada, sexo masculino, raza caucásica, antecedentes familiares, tabaquismo, aneurismas de largos vasos previos y aterosclerosis. Al crecimiento rápido se asocian la hipertensión, historia de trasplante renal o cardiaco, EPOC y sexo femenino. Estudios sugieren que el tratamiento de la diabetes ejerce efecto protector en el desarrollo de AAA, al igual que el consumo moderado de alcohol. Los síntomas característicos son dolor abdominal o lumbar, hipotensión y masa pulsátil abdominal (50%). El diagnóstico y seguimiento es a través de ecografía; en caso de ruptura está indicado TAC abdominal. El tratamiento incluye betabloqueantes, ARA II, IECA y estatinas (control

de factores de riesgo cardiovascular), además del abandono del hábito tabáquico. En caso de rotura precisa intervención quirúrgica urgente, por lo que debe tenerse en consideración en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo.

### **Bibliografía**

1. Chung J. Epidemiology, risk factors, pathogenesis and natural history of abdominal aortic aneurysm. UpToDate, 2016.
2. Dalman R, Mell M. Management of asymptomatic abdominal aortic aneurysm. UpToDate, 2017.
3. Collins K. Overview of abdominal aortic aneurysm. UpToDate, 2015.