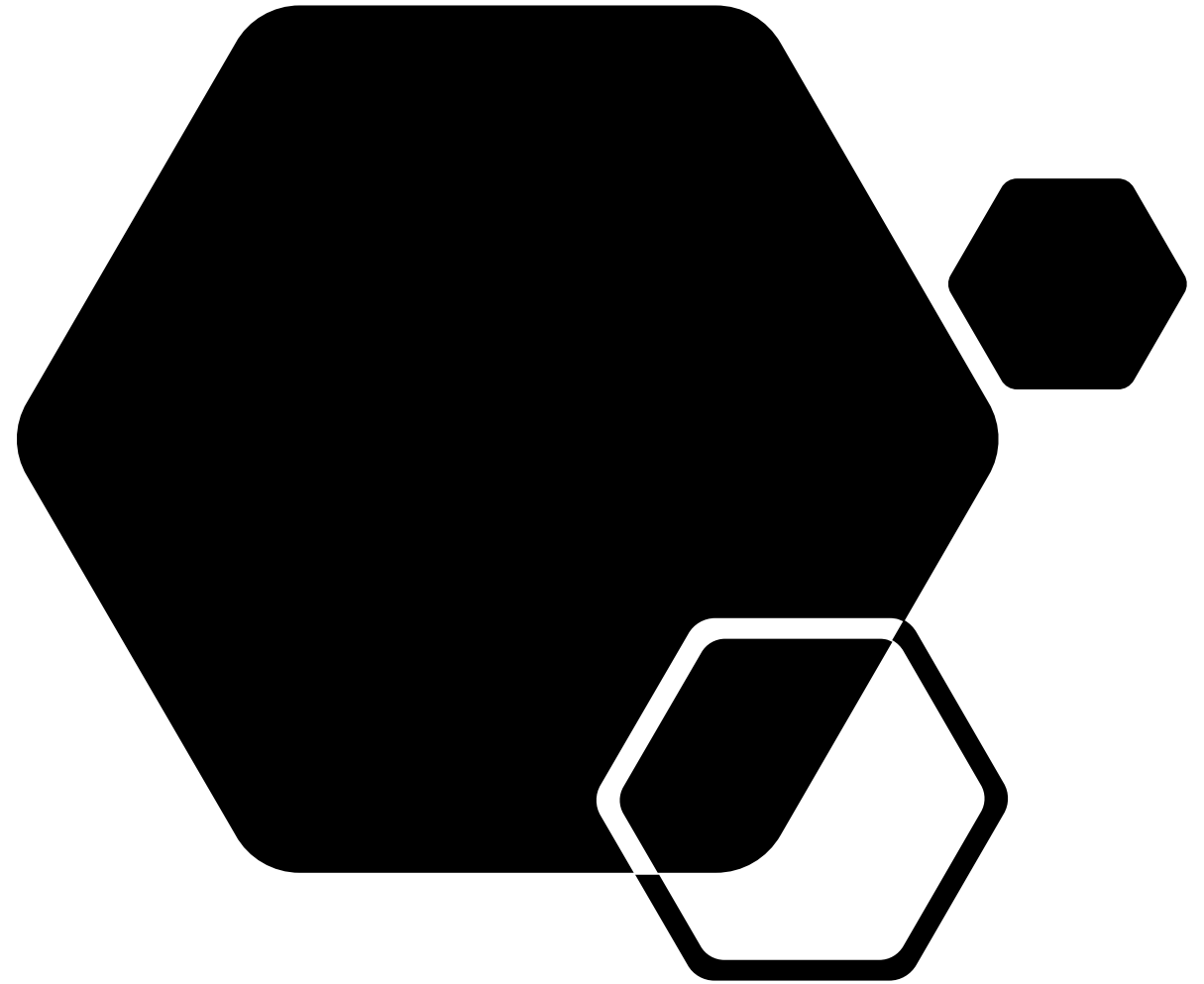


Caso clínico

25 mayo

Dra. Pintor / Dra. Prada



Presentación del caso

ANTECEDENTES PERSONALES:

- Alérgico al ácido clavulánico.
- Independiente. Vive con su mujer en medio urbano.
- FRCV: Hipertensión arterial y dislipemia.
- Fibrilación auricular crónica.
- Cardiopatía isquémica tipo IAM en 2015. Estenosis aórtica moderada.
- AIT de perfil cardioembólico en territorio de la ACM izquierda en mayo 2018 y AIT de perfil aterotrombótico carotídeo derecho con endarterectomía.
- Hemorragia digestiva alta por úlcus gástrico Forrest III en 2018. (Gastroscoopia de control en febrero 2021 con resultado de gastritis erosiva antral leve y crónica atrófica. Colonoscopia con diverticulosis de colon y hemorroides internas).
- Hiperplasia benigna de próstata.
- IQ: carcinomas basocelulares cutáneos nasales. Melanoma con cirugía de Mohs.

TRATAMIENTO HABITUAL:

- Mirtazapina 15 mg 0-0-1
- Orfidal 1 mg 0-0-1
- Pausedal 25 mg 1-0-1
- Balzak Plus 40/5/12,5 1-0-0
- Bioplak 125 mg 1-0-0
- Apixaban 5 mg 1-0-1
- Serenoa repens 160 mg 1-0-1
- Alapanzol 40 mg 1-0-0
- Atorvastatina 40 mg 0-0-1.

Presentación del caso

ENFERMEDAD ACTUAL:

Varón de 87 años que reingresa en un mes por dolor abdominal difuso e intermitente que se acentúa con el esfuerzo, de tres meses de evolución, acompañado de plenitud gástrica tras la ingesta. No cede con analgesia habitual ni con deposición. No fiebre ni pérdida de peso. Hábito intestinal estreñido. Actitud muy demandante y ansiosa.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Afebril, TA 115/70 mmHg, buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo sin oxígeno. Normohidratado y normocoloreado de piel y mucosas. No IY.

ACP: arrítmico a 60 lpm con soplo sistólico en foco aórtico irradiado a carótidas. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen distendido, blando, depresible, no doloroso a la palpación generalizada. Blumberg, Murphy y PPRB negativos. RHA aumentados.

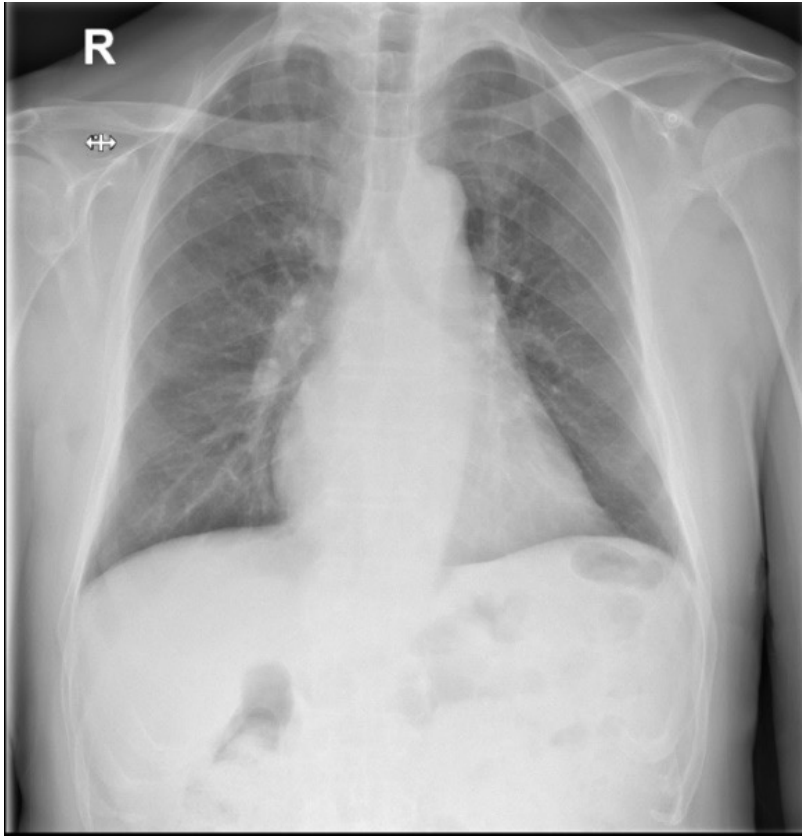
EEl sin edemas ni signos de TVP. Insuficiencia venosa crónica. Pulsos pedios presentes y simétricos. Exploración neurológica sin focalidad.

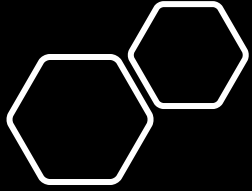
Presentación del caso

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Analítica: Hb 14.3, leucocitos 5.400, plaquetas 191.000, INR 1,61, TP 48%, glucosa 103, urea 33, creatinina 0,93, FG 74, Na 134, K 4, colesterol total 137, amilasa 31, GOT 39, GPT 21, GGT 26, BiT 0,77, proBNP 1551, PCR 26,9. CEA, beta2microglobulina y Ca 19.9 normales.
- PCR para SARS COV-2 negativa.
- ECG: Fibrilación auricular con respuesta ventricular media de 55 lpm, eje normal sin alteraciones de la repolarización.

- Rx tórax y abdomen simple:

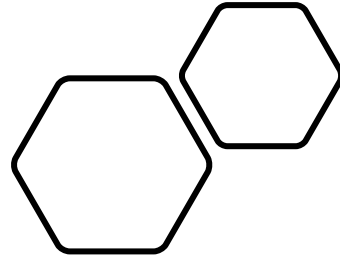




En resumen...

- **Varón de 87 años.**
- **ACxFA. IAM 2015. AIT.**
- **Úlcus gástrico Forrest III en 2018. Gastroscoopia en febrero 2021 gastritis erosiva antral leve y crónica atrófica. Colonoscopia con diverticulosis.**
- **Dolor abdominal difuso e intermitente, 3 meses, acentúa con el esfuerzo, plenitud gástrica tras la ingesta. No cede con deposición o analgesia. Sin síntomas generales.**
- **Abdomen distendido, RHA aumentados.**

DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO



- Enfermedad funcional benigna vs. patología orgánica (peso, fiebre, hipovolemia, anomalías electrolíticas, síntomas o signos de pérdida de sangre gastrointestinal, anemia o signos de desnutrición).
- Adultos mayores a menudo no presentan los mismos signos y síntomas de la enfermedad característicos de las personas más jóvenes.
- Dolor abdominal inespecífico: etiologías que conducen a dolor abdominal difuso o las que tienden a ser más localizadas.

Causas del dolor abdominal difuso

Difuso/poco caracterizado	Características clínicas	Comentarios
Obstrucción intestinal	Los síntomas más comunes son náuseas, vómitos, dolor abdominal tipo cólico y estreñimiento. Abdomen timpánico distendido con ruidos intestinales agudos o ausentes.	Múltiples etiologías.
Perforación del tracto gastrointestinal	Dolor abdominal severo, particularmente después de procedimientos.	Puede presentarse de manera aguda o indolente, particularmente en pacientes inmunodeprimidos.
Isquemia mesentérica aguda	Inicio agudo y severo de dolor abdominal difuso y persistente, a menudo descrito como un dolor desproporcionado para el examen.	Puede ocurrir por enfermedad arterial o venosa. Los pacientes con disección aórtica pueden tener dolor abdominal relacionado con la isquemia mesentérica.
Isquemia mesentérica crónica	Dolor abdominal después de comer ("angina intestinal"), pérdida de peso, náuseas, vómitos y diarrea.	Puede ocurrir por enfermedad arterial o venosa.
Enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn)	Asociado con diarrea sanguinolenta, urgencia, tenesmo, incontinencia intestinal, pérdida de peso y fiebres.	Puede tener síntomas durante años antes del diagnóstico. Manifestaciones extraintestinales asociadas (p. ej., artritis, uveítis).
Gastroenteritis viral	Diarrea acompañada de náuseas, vómitos y dolor abdominal.	
Peritonitis bacteriana espontánea	Fiebre, dolor abdominal y/o estado mental alterado.	Con mayor frecuencia en pacientes cirróticos con enfermedad hepática avanzada y ascitis.
Peritonitis relacionada con la diálisis	Dolor abdominal y efluente peritoneal turbio. Otros síntomas y signos incluyen fiebre, náuseas, diarrea, sensibilidad abdominal y sensibilidad de rebote.	Sólo en pacientes en diálisis peritoneal.

Cáncer colonrectal	Presentación variable, incluyendo obstrucción y perforación.	
Otra malignidad	Varían dependiendo de la malignidad.	
Enfermedad celíaca	Dolor abdominal además de incluir diarrea con heces voluminosas, malolientes y flotantes debido a esteatorrea y flatulencia.	
cetoacidosis	Dolor abdominal difuso y náuseas y vómitos.	
insuficiencia suprarrenal	Dolor abdominal difuso y náuseas y vómitos.	Los pacientes con crisis suprarrenal pueden presentarse con shock e hipotensión.
Enfermedad transmitida por alimentos	Mezcla de náuseas, vómitos, fiebre, dolor abdominal y diarrea.	
Síndrome del intestino irritable	Dolor abdominal crónico con hábitos intestinales alterados.	
Constipación		Asociado con una variedad de trastornos neurológicos y metabólicos, lesiones de obstrucción del tracto gastrointestinal, trastornos endocrinos, trastornos psiquiátricos y efectos secundarios de medicamentos.
diverticulosis	Puede tener síntomas de dolor abdominal y estreñimiento.	Suele ser un hallazgo asintomático e incidental en la colonoscopia o la sigmoidoscopia.
Intolerancia a la lactosa	Asociado con dolor abdominal, hinchazón, flatulencia y diarrea. El dolor abdominal puede ser de naturaleza cólico.	

Causas del dolor abdominal epigástrico

Epigástrico	Características clínicas	Comentarios
Infarto agudo del miocardio	Puede estar asociado con dificultad para respirar y síntomas de esfuerzo.	Considere particularmente en pacientes con factores de riesgo para enfermedad arterial coronaria.
Pancreatitis aguda	Dolor abdominal superior persistente de inicio agudo que se irradia a la espalda.	
Pancreatitis crónica	Dolor epigástrico que se irradia a la espalda.	Asociado a insuficiencia pancreática.
La enfermedad de úlcera péptica ←	El dolor o malestar epigástrico es el síntoma más prominente.	Ocasionalmente, la incomodidad se localiza en un lado.
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	Asociado con acidez estomacal, regurgitación y disfagia.	
Gastritis/gastropatía ←	Malestar/dolor abdominal, acidez estomacal, náuseas, vómitos y hematemesis.	Variedad de etiologías que incluyen alcohol y medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
Dispepsia funcional ←	La presencia de uno o más de los siguientes: plenitud posprandial, saciedad temprana, dolor epigástrico o ardor.	Los pacientes no tienen evidencia de enfermedad estructural.
gastroparesia ←	Náuseas, vómitos, dolor abdominal, saciedad temprana, plenitud posprandial y distensión abdominal.	La mayoría de las causas son idiopáticas, diabéticas o posquirúrgicas.

Causas del dolor abdominal en el cuadrante superior derecho (RUQ)

RUQ	Características clínicas	Comentarios
biliar		
Cólico biliar	Molestias intensas y sordas localizadas en el RUQ o epigastrio. Asociado con náuseas, vómitos y diaforesis. Generalmente dura al menos 30 minutos y se estabiliza en una hora. Examen abdominal benigno.	Los pacientes generalmente se ven bien.
Colecistitis aguda	Prolongado (> 4 a 6 horas) RUQ o dolor epigástrico, fiebre. Los pacientes tendrán protección abdominal y el signo de Murphy.	
colangitis aguda	Fiebre, ictericia, dolor RUQ.	Puede tener una presentación atípica en adultos mayores o pacientes inmunodeprimidos.
Disfunción del esfínter de Oddi	Dolor RUQ similar a otros dolores biliares.	Dolor de tipo biliar sin otras causas aparentes.

Hepático		
Hepatitis aguda	Dolor RUQ con fatiga, malestar general, náuseas, vómitos y anorexia. Los pacientes también pueden tener ictericia, orina oscura y heces de color claro.	La variedad de etiologías incluye hepatitis A, inducida por alcohol y drogas.
Perihepatitis (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis)	Dolor RUQ con componente pleurítico, el dolor a veces se refiere al hombro derecho.	Las aminotransferasas suelen ser normales o solo ligeramente elevadas.
Absceso hepático	La fiebre y el dolor abdominal son los síntomas más comunes.	Los factores de riesgo incluyen diabetes, enfermedad hepatobiliar o pancreática subyacente o trasplante de hígado.
Síndrome de Budd-Chiari	Los síntomas incluyen fiebre, dolor abdominal, distensión abdominal (por ascitis), edema de las extremidades inferiores, ictericia, hemorragia gastrointestinal y/o encefalopatía hepática.	Variedad de causas.
Trombosis de la vena porta	Los síntomas incluyen dolor abdominal, dispepsia o sangrado gastrointestinal.	Las manifestaciones clínicas dependen de la extensión de la obstrucción y la velocidad de desarrollo. Más comúnmente asociado con la cirrosis.

Causas del dolor abdominal en el cuadrante superior izquierdo (LUQ)

LUQ	Características clínicas	Comentarios
esplenomegalia	Dolor o malestar en LUQ, dolor en hombro izquierdo y/o saciedad precoz.	Múltiples etiologías.
infarto esplénico	Dolor LUQ severo.	Presentaciones atípicas comunes. Asociado con una variedad de condiciones subyacentes (p. ej., estado de hipercoagulabilidad, fibrilación auricular y esplenomegalia).
absceso esplénico	Asociado con fiebre y sensibilidad LUQ.	Poco común. También puede estar asociado con infarto esplénico.
ruptura esplénica	Puede quejarse de LUQ, dolor en la pared torácica izquierda o en el hombro izquierdo que empeora con la inspiración.	La mayoría de las veces se asocia con traumatismos.

Gráfico 106201 Versión 2.0

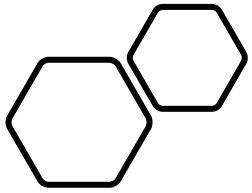
© 2022 UpToDate, Inc. y/o sus afiliados. Reservados todos los derechos.

Causas del dolor abdominal bajo

Abdomen bajo	Localización	Características clínicas	Comentarios
Apendicitis	Generalmente cuadrante inferior derecho	Dolor periumbilical inicialmente que se irradia al cuadrante inferior derecho. Asociado con anorexia, náuseas y vómitos.	Los pacientes ocasionales presentan dolor abdominal epigástrico o generalizado.
diverticulitis	Generalmente cuadrante inferior izquierdo; cuadrante inferior derecho más común en pacientes asiáticos	El dolor suele ser constante y presente durante varios días antes de la presentación. Puede tener náuseas y vómitos asociados.	La presentación clínica depende de la gravedad del proceso inflamatorio subyacente y de la presencia o no de complicaciones.
Nefrolitiasis	O	Dolor síntoma más común, varía de leve a severo. Generalmente dolor en el costado, pero puede haber dolor de espalda o abdominal.	Causa síntomas a medida que el cálculo pasa de la pelvis renal al uréter.
pielonefritis	O	Asociado con disuria, polaquiuria, urgencia, hematuria, fiebre, escalofríos, dolor en el flanco y sensibilidad en el ángulo costovertebral.	
retención urinaria aguda	suprapúbico	Presente con dolor abdominal inferior y molestias; incapacidad para orinar.	
Cistitis	suprapúbico	Asociado con disuria, polaquiuria, urgencia y hematuria.	
colitis infecciosa	O	La diarrea es el síntoma predominante, pero también puede haber dolor abdominal asociado, que puede ser intenso.	Los pacientes con infección por <i>Clostridioides difficile</i> pueden presentar abdomen agudo y signos peritoneales en el contexto de perforación y colitis fulminante.

Gráfico 106202 Versión 4.0

© 2022 UpToDate, Inc. y/o sus afiliados. Reservados todos los derechos.



Gastritis erosiva antral leve y crónica atrófica

- Úlceras duodenales: gastritis de predominio antral.
- Clínica: dolor abdominal, dispepsia.
- Infección crónica *H. pylori*: complicaciones de úlcera péptica o complicaciones gastroduodenales de una infección crónica, como atrofia gástrica, metaplasia intestinal, cáncer gástrico y linfoma del tejido linfoide asociado a la mucosa (MALT).
- Gastritis atrófica metaplásica autoinmune (AMAG) y ambiental (EMAG): Tumores neuroendocrinos gástricos (carcinoides), Adenocarcinomas gástricos.

Etiology-based classification of gastropathy and gastritis

Gastropathy	Gastritis
Reactive (chemical) gastropathy	Infectious gastritis
Bile reflux	<i>Helicobacter pylori</i>
Alcohol	Other bacteria (phlegmonous gastritis)
NSAIDs	Mycobacterial
Iron salts	Syphilitic
Other agents (eg, alendronate, sodium phosphate)	Viral
	Parasitic
	Fungal
Vascular gastropathy	Autoimmune gastritis
Portal hypertensive (congestive) gastropathy	Granulomatous disease
Gastric antral vascular ectasia	Crohn disease
	Sarcoidosis
Ischemic gastropathy	Uncertain etiology
Cocaine	Lymphocytic gastritis
Hypovolemia	Collagenous gastritis
Sepsis	Eosinophilic gastritis
Burns	
Trauma, mucosal prolapse	

NSAIDs: nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

En
conclusión...



Helicobacter pylori: endoscopia
vs pruebas de aliento con urea o
antígenos en heces.



Perfil férrico, vitamina B12.



Angio-TC