



## Caso 75: Dolor Abdominal

- **Motivo de consulta**
  - Varón de 71 años consulta por dolor abdominal, vómitos y diarrea.
- **Signos vitales**
  - FC: 99      PA: 143/88      FR: 16      SaO<sub>2</sub>: 96%      T: 37°C      Peso: 70kg
- **Apariencia del paciente**
  - El paciente parece angustiado, agarrándose el abdomen y teniendo dificultades para encontrar una posición cómoda en la camilla.
- **Evaluación primaria**
  - Vía aérea: habla normalmente
  - Respiración: sin dificultad respiratoria, pulmones limpios
  - Circulación: piel fría, pulsos distales 2+
  - Discapacidad: Pupilas isocóricas y reflejos fotomotores normales, abre los ojos espontáneamente, responde preguntas apropiadamente, mueve todas las extremidades espontáneamente (ECG 15), sensación distal intacta
- **Acciones.**
  - Coloque al paciente en el monitor.
  - Dos vías intravenosas periféricas de gran calibre.
  - 1 L de Fluidos endovenosos en bolo.
  - Glucometría (85, si se solicita)
  - Solicitar ECG inmediato ([Figura 75.1](#)- fibrilación auricular)
  - Solicitar Rx de Tórax portátil inmediato ([Figura 75.2](#)- sin hallazgos agudos)
  - Ultrasonido en el punto de atención
    - FAST ([Figura 75.3](#)- Vista del cuadrante superior derecho, sin líquido libre, todas las demás vistas también negativas)
    - Aorta ([Figura 75.4](#)- corte transversal, diámetro aórtico normal, sin líquido libre)
  - Control de síntomas
    - Antieméticos intravenosos (ondansetrón 4 mg o metoclopramida 10 mg)
    - Analgesia intravenosa (fentanilo 50 mcg o morfina 4 mg)

- **Historia**

- Fuente: Paciente, la esposa al lado de la cama.
- Padecimiento actual: masculino de 71 años presenta dolor abdominal desde las 8 a.m. de hoy. Antes de eso, se sentía bien y estaba en buen estado de salud. El dolor abdominal empeoró progresivamente y fue intenso tipo calambres. Luego desarrolló náuseas y tuvo 2 episodios de emesis no sanguinolenta. Los síntomas persistieron durante toda la tarde, por lo que su esposa lo trajo porque no quería almorzar y ahora no quiere cenar. Justo antes de llegar, empezó a experimentar diarrea abundante, acuosa y con sangre. Niega cualquier contacto con enfermos, viajes recientes, uso reciente de antibióticos o ingesta de alimentos dudosos. Por lo demás, Revisión por sistemas es negativo.
- Antecedentes médicos: hipertensión, hiperlipidemia, CAD
- Antecedentes quirúrgicos: stent cardíaco
- Alergias: ninguna
- Medicamentos: lisinopril, atorvastatina, aspirina
- Historia sociales: niega el alcohol, el tabaquismo o las drogas.
- Familiares: no contributivo
- Estado del código: código completo

- **Examen físico**

- **General:** despierto, alerta, con angustia moderada a grave debido al dolor
- Examen de ojos, nariz, oídos, garganta: normal
- Cuello: normal
- Pecho: no doloroso.
- **Corazón:**(debe preguntar detalles) ritmo irregular, sin soplos, frotos ni galopes
- Pulmones: normales
- **Abdomen:** (debe preguntar detalles) ruidos intestinales suaves, hipoactivos, distensión leve, sensibilidad difusa, más prominente en la parte inferior del abdomen sin rebote ni defensa, sin masas
- **Rectal:** (debe preguntar detalles) tono normal, heces marrones, prueba de sangre oculta positiva
- Urogenital: normal
- Extremidades: normales
- Espalda: normal
- neurológico: normal
- Piel: normal
- Linfático: normal

- **Mensaje del instructor:** los estudiantes deben discutir el diagnóstico diferencial

- **Acción**

- Solicitar laboratorios
  - Hemograma completo, panel metabólico básico, pruebas hepáticas, lipasa, TP/INR, TPT, tipo de sangre y pruebas cruzadas, análisis de orina, lactato

- Considere troponina, dímero D
  - Ordenar imágenes
    - Radiografía de tórax (si aún no se ha solicitado)
    - Tomografía computarizada (TAC) de abdomen abdomen/pelvis con contraste intravenoso (no fase de contraste venoso)
  - Ordenar medicamentos
    - 1 L de bolo de líquidos endovenosos (si aún no se ha administrado, puede considerar 2<sup>do</sup> litro)
    - Analgesia intravenosa
    - Antiemético intravenoso
  - Ultrasonido en el punto de atención: FAST (evaluar líquido libre) y aorta (evaluar aneurisma aórtico abdominal) (si aún no lo ha hecho)
    - **FAST (Figura 75.3):** Opinión cuadrante superior derecho, sin líquido libre, todas las demás vistas también negativas
    - **Aorta(Figura 75.4):** Vista transversal, diámetro aórtico normal, sin líquido libre
- **Respuesta/Resultados**
  - Reevaluación del paciente y repetición de signos vitales:
    - El dolor sólo mejora ligeramente (administre opioides intravenosos adicionales)
    - Vitales después del bolo de LEV (Líquidos endovenosos) y el analgésico: FC: 90 PA: 140/90 FR: 16
    - Signos vitales si no se administran bolos de LEV ni analgésicos: **FC: 105 TA: 165/96 FR: 20** (Aviso: administre un bolo de LEV y un analgésico)
  - **Caso 75 Resultados de laboratorio** ( sodio: 130, CO2: 20, Cr: 1,6, leucocitas: 15,2, Densidad en orina 1.040, cetonas moderadas en orina)
  - Resultados de laboratorio adicionales: **lactato 4.1, dímero D: 700**, troponina 0,01
  - Radiografía de tórax (**Figura 75.2**: sin hallazgos agudos)
  - TAC de abdomen/pelvis con contraste intravenoso (**Figura 75.5**: oclusión aguda de la arteria mesentérica superior)
- **Mensaje del instructor:** discutir qué intervenciones adicionales se necesitan
- **Acción**
  - Ordenar medicamentos
    - Líquidos endo venosos adicional por un total de al menos 30 ml/kg
    - Antibióticos intravenosos (piperacilina-tazobactam 4,5 g IV)
  - Discutir el caso con interconsultantes y expresar preocupación por la isquemia mesentérica.
    - Consultar Cirugía General para necesidad de una posible resección
      - Las recomendaciones de los consultantes incluyen el tratamiento quirúrgico de presunta isquemia intestinal.
    - Consulta de Cirugía Vasculat y necesidad de posible embolectomía

- Las recomendaciones del consultante incluyen la intervención quirúrgica y mantener la anticoagulación por ahora.
  - Considere la consulta de Radiología Intervencionista
    - Las recomendaciones de los consultores incluyen una intervención quirúrgica inmediata en lugar de una infusión intraarterial de papaverina.
  - Actualizar al paciente y al esposo sobre el diagnóstico presuntivo y el plan.
  - Enviar el paciente al quirófano y finalmente a la UCI.
- **Diagnóstico**
  - Diagnóstico primario: isquemia mesentérica
  - Diagnóstico secundario: fibrilación auricular de nueva aparición
- **Acciones críticas**
  - Proporcionar bolo de líquido endovenoso
  - EGG inmediato para identificar anomalías del ritmo
  - Solicitar angiografía por TAC
  - Proporcionar control del dolor
  - Administrar antibióticos IV. (intra venosos)
  - Consulta quirúrgica
- **Guía del instructor**
  - Este es un caso de isquemia mesentérica en un paciente que presenta dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea con sangre con fibrilación auricular recién diagnosticada. En este caso particular, la isquemia mesentérica se debió a una causa embólica por una arritmia auricular más que a un evento trombótico o un estado de baja perfusión. La diarrea con sangre es un hallazgo tardío de isquemia mesentérica, de ahí el retraso en la aparición de los síntomas en relación con las náuseas, los vómitos y el dolor abdominal repentino. Las acciones tempranas importantes incluyen el control del dolor, el reconocimiento del diagnóstico probable con el inicio del estudio, incluida la tomografía computarizada (se prefiere un estudio aórtico para que la visualización del sistema vascular pueda evaluarse adecuadamente), antibióticos por vía intravenosa e interconsultas con radiología intervencionista y quirúrgica una vez que se haya establecido el diagnóstico. conocido. Si el tiempo lo permite, considere que ambos consultantes inicialmente se nieguen a llevar al paciente a un tratamiento definitivo. El alumno deberá demostrar perseverancia y defender al paciente. Si el paciente ingresa en la UCI sin tratamiento (embolectomía o infusión de papaverina o lisis), el paciente se pondrá hipotenso y se quejará de un dolor que empeora con nuevos signos peritoneales (rebote, defensa y rigidez) en el examen abdominal. El paciente debe ser trasladado al quirófano o sala de intervencionismo y posteriormente a la UCI.

- **Puntos de enseñanza del caso**
  - El diferencial para el dolor abdominal difuso en el paciente anciano debe incluir obstrucción, perforación, isquemia mesentérica, síndrome coronario agudo, enfermedad intestinal inflamatoria/irritable/infecciosa, gastroenteritis, SBP, neoplasia maligna (colorrectal, gástrica, pancreática, etc.), pancreatitis, estreñimiento, diverticulitis, AAA (Aneurisma de aorta abdominal) o disección aórtica, herpes zoster (piel de la pared abdominal) y patología ovárica (torsión, malignidad). Una historia clínica y un examen completo, incluidos laboratorios e imágenes específicas, ayudarán a reducir el diferencial.
  
- **¿Qué es la isquemia mesentérica y quiénes corren mayor riesgo?**
  - La isquemia mesentérica se produce cuando hay una pérdida baja o completa del flujo sanguíneo a través de los vasos mesentéricos que irrigan los intestinos. Más comúnmente, afecta más a hombres que a mujeres y generalmente afecta a pacientes mayores de 65 años. Afecta a aquellos que también tienen factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, como fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca congestiva y enfermedad coronaria.
  
- **¿Cuáles son las diversas formas en que puede ocurrir la isquemia mesentérica?**
  - Embolia de la arteria mesentérica
    - Esta es la causa más común de isquemia mesentérica y representa alrededor del 40-50% de los casos. Clásicamente resulta de una taquiarritmia auricular no tratada. La arteria mesentérica superior es la arteria que con mayor frecuencia se ocluye y produce isquemia mesentérica.
  - Trombosis de la arteria mesentérica
    - Este proceso patológico a menudo se denomina "síndrome coronario agudo del intestino". El dolor abdominal tipo cólico después de comer puede ocurrir debido a que el flujo sanguíneo se limita debido a la formación de trombos preexistentes, y se conoce como "angina intestinal".
  - Trombosis venosa mesentérica
    - Esto puede ocurrir en pacientes con estados de hipercoagulabilidad y, por lo tanto, puede afectar también a pacientes más jóvenes.
  - Isquemia no oclusiva
    - Este proceso suele ocurrir cuando el gasto cardíaco es muy bajo, lo que resulta en una perfusión marcadamente disminuida.
  
- **¿Cuáles son los síntomas de la isquemia mesentérica?**
  - Los signos y síntomas clásicos incluyen dolor abdominal desproporcionado con el examen, que es repentino, intenso y difuso. Los pacientes pueden temer a la comida debido al intenso dolor que puede producirse después de comer. Los hallazgos tardíos pueden incluir ruidos intestinales hipoactivos, distensión y signos peritoneales. La diarrea con sangre se asocia clásicamente con isquemia mesentérica; sin embargo, este es un hallazgo tardío. En presentaciones de trombosis de la arteria mesentérica, los

pacientes pueden quejarse de dolor abdominal anterior después de comer y/o pérdida de peso (angina intestinal).

- **¿Qué hallazgos de laboratorio anormales se pueden observar con la isquemia mesentérica?**
  - No existen pruebas de laboratorio que confirmen el diagnóstico.
  - Se observa leucocitosis y/o desviación hacia la izquierda en >50% de los casos.
  - Un hematocrito elevado puede ocurrir debido a la hemoconcentración.
  - La acidosis metabólica se presenta tardíamente en el curso de la enfermedad pero es un hallazgo inespecífico.
  - A menudo se solicita lactato, pero se debe enfatizar que un lactato normal no descarta el diagnóstico. Un lactato elevado suele ser un hallazgo tardío de isquemia mesentérica.
  - Ha habido debates sobre la utilidad de un dímero D para evaluar la isquemia mesentérica, pero este árbol de decisión aún no se ha validado.
  
- **¿Qué tipo de imágenes se deben solicitar?**
  - La angiografía por TAC (con contraste intravenoso) es la modalidad de imagen de elección.
    - Tiene una sensibilidad del 93% con una especificidad del 96%.
    - Dado que la isquemia mesentérica surge con mayor frecuencia de una fuente vascular, es necesario obtener imágenes que evalúen la aorta y sus ramas (fase arterial *no* venosa de contraste en la mayoría de los casos)
  - Se puede solicitar una radiografía de tórax portátil para descartar aire libre en una víscera perforada, pero la sensibilidad no es muy alta
  
- **¿Cuál es el tratamiento de la isquemia mesentérica en el servicio de urgencias?**
  - El manejo del servicio de urgencias debe abordar la estabilización del ABCD, reanimación por líquidos intravenoso, la colocación de SNG (sonda nasogástrica), el estado de nada por vía oral, la reposición de electrolitos, la monitorización cardíaca y el tratamiento de las arritmias, el control adecuado del dolor y los antibióticos de amplio espectro.
  - También se debe considerar la anticoagulación con heparina, pero puede depender de la patología específica y del plan de manejo definitivo (quirófano, embolectomía, etc.).
  - Se deben evitar los vasoconstrictores, ya que pueden empeorar la isquemia, pero si es necesario, se pueden considerar dosis bajas de dopamina o dobutamina.
  
- **¿Cuál es el manejo definitivo para los pacientes con isquemia mesentérica?**
  - Es imprescindible la consulta de cirugía urgente (general y/o vascular); Dependiendo de la institución, también se puede considerar la participación de la radiología intervencionista.
  - El tratamiento definitivo para la embolia puede incluir trombolisis intraarterial, embolectomía o resección quirúrgica o infusión arterial de papaverina en intervencionismo (vasodilatación mesentérica).
  - La base del tratamiento de la trombosis venosa es la infusión de heparina.

- **Atribuciones**

- **Autor:** Dr. Meenal Sharkey
- Editor(es): Dra. Jacqueline Le, Dra. Natasha Wheaton
- Editor en jefe: Dr. A.S. Dra. Dana Loke, Dra. Kristen Grabow Moore
- Traducción al Español: Dr. Luis Vargas
- Editor al Español: Dr. Leonardo Alonso
- **Referencias:**
  - Smith USTED. Capítulo 24: Dolor abdominal. En: Ron Walls, Robert Hockberger, Marianne Gausche-Hill, et al, editores. Medicina de emergencia de Rosen: conceptos y práctica clínica (9ª ed). Filadelfia: Elsevier, Inc; 2018.
  - Roline CE, Reardon RF. Capítulo 82: Trastornos del intestino delgado. En: Ron Walls, Robert Hockberger, Marianne Gausche-Hill, et al, editores. Medicina de emergencia de Rosen: conceptos y práctica clínica (9ª ed). Filadelfia: Elsevier, Inc; 2018.
  - Lo B. Capítulo 76: Sangrado gastrointestinal inferior. En: Judith E. Tintinalli, O. John Ma, et al, editores. Medicina de emergencia de Tintinalli: una guía de estudio completa (9ª ed). Nueva York: McGraw-Hill; 2020.
  - Kysia RF. Isquemia mesentérica. En: Jeffrey J. Schaidler, Roger M. Barkin, et al, editores. Consulta de medicina de emergencia de 5 minutos de Rosen & Barkin (5ª ed). Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
  - Patel S. Isquemia mesentérica. Noviembre de 2019 [consultado el 13 de agosto de 2021]. En: SAEM [Internet]. Disponible de: <https://www.saem.org/about-saem/academies-interest-groups-affiliates2/cdem/for-students/online-education/m4-curriculum/group-m4-gastrointestinal/mesenteric-ischemia>
  - Martínez J. Isquemia Mesentérica. 18 de marzo de 2021 [consultado el 13 de agosto de 2021]. En: EM:RAP. CorePendum [Internet]. Disponible de: <https://www.emrap.org/corependium/chapter/receU6d1DtIPg1bc7/Mesenteric-Ischemia#h.f66ehw94bl8r>
  - Maldito CV. Isquemia mesentérica aguda. 26 de marzo de 2020 [consultado el 11 de noviembre de 2021]. En: Medscape [Internet]. Disponible de: <https://emedicine.medscape.com/article/189146-overview>
  - Referencias de imágenes
    - ECG de Wikimedia  
Commons: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Afib\\_ecg\\_\(CardioNetworks\\_ECGpedia\).jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Afib_ecg_(CardioNetworks_ECGpedia).jpg)
    - CXR de Wikimedia  
Commons: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Chest\\_Xray\\_PA\\_3-8-2010.png](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Chest_Xray_PA_3-8-2010.png)
    - POCUS FAST (RUQ) de Radiopaedia: <https://radiopaedia.org/articles/26339>
    - POCUS Aorta cortesía del Dr. Scott Hamlin
    - TC cortesía del Dr. Scott Hamlin

## Caso 75 Resultados de laboratorio

### Panel Metabólico Básico:

Na	130 mEq/L
K	3,7 mEq/L
Cl	99 mEq/L
CO <sub>2</sub>	20 mEq/L
BUN (NU)	15 mg/dL
Cr	1,6 mg/dL
Gluc	86 mg/dL

### Panel de función hepática:

AST	32 U/L
ALT	14 U/L
Fosf Alcalina	90 U/L
BT (bilirrubina total)	1,1 mg/dL
BI (bilirrubina indirecta)	0,3 mg/dL
Lipasa	40 U/L
Albúmina	4,0 g/dL

### Hemograma completo:

Leucocitos	15,2 x 10 <sup>3</sup> /uL
Hb	14,1 g/dL
Hct	42,5%
Plaquetas	285x10 <sup>3</sup> /uL

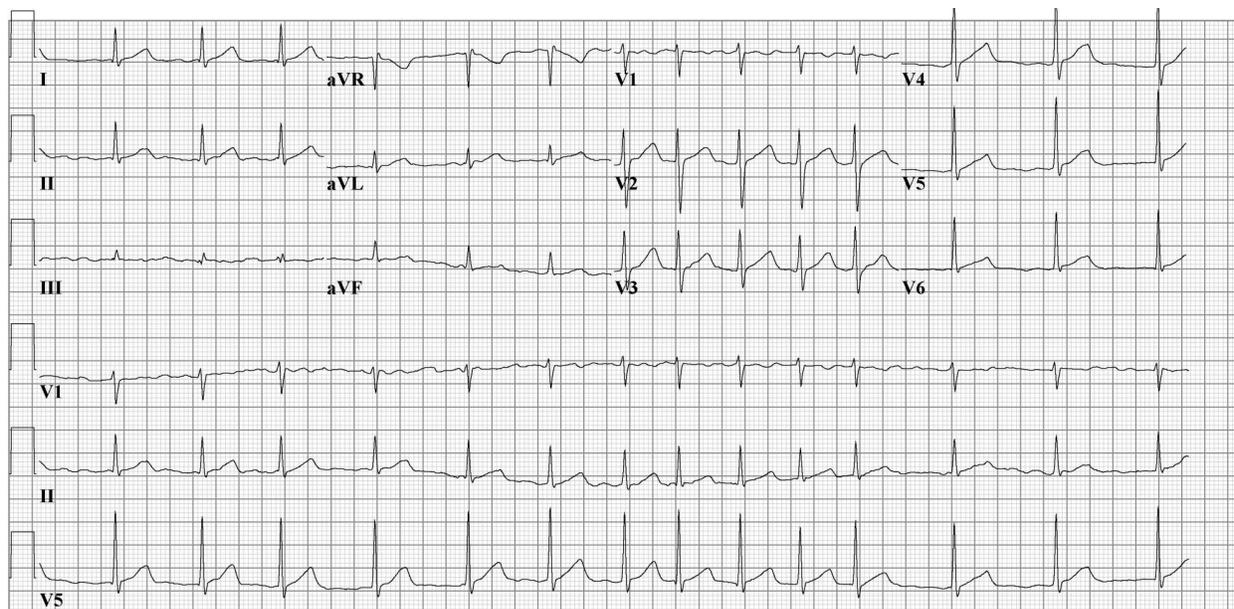
### Análisis de orina:

Densidad	1.040
pH	6.8
prot	negativo
Gluc	negativo
Cetonas	moderado
Bilirrubina	negativo
Sangre	negativo
LE	negativo
Nitrito	negativo
Color	Amarillo

### Panel de coagulación:

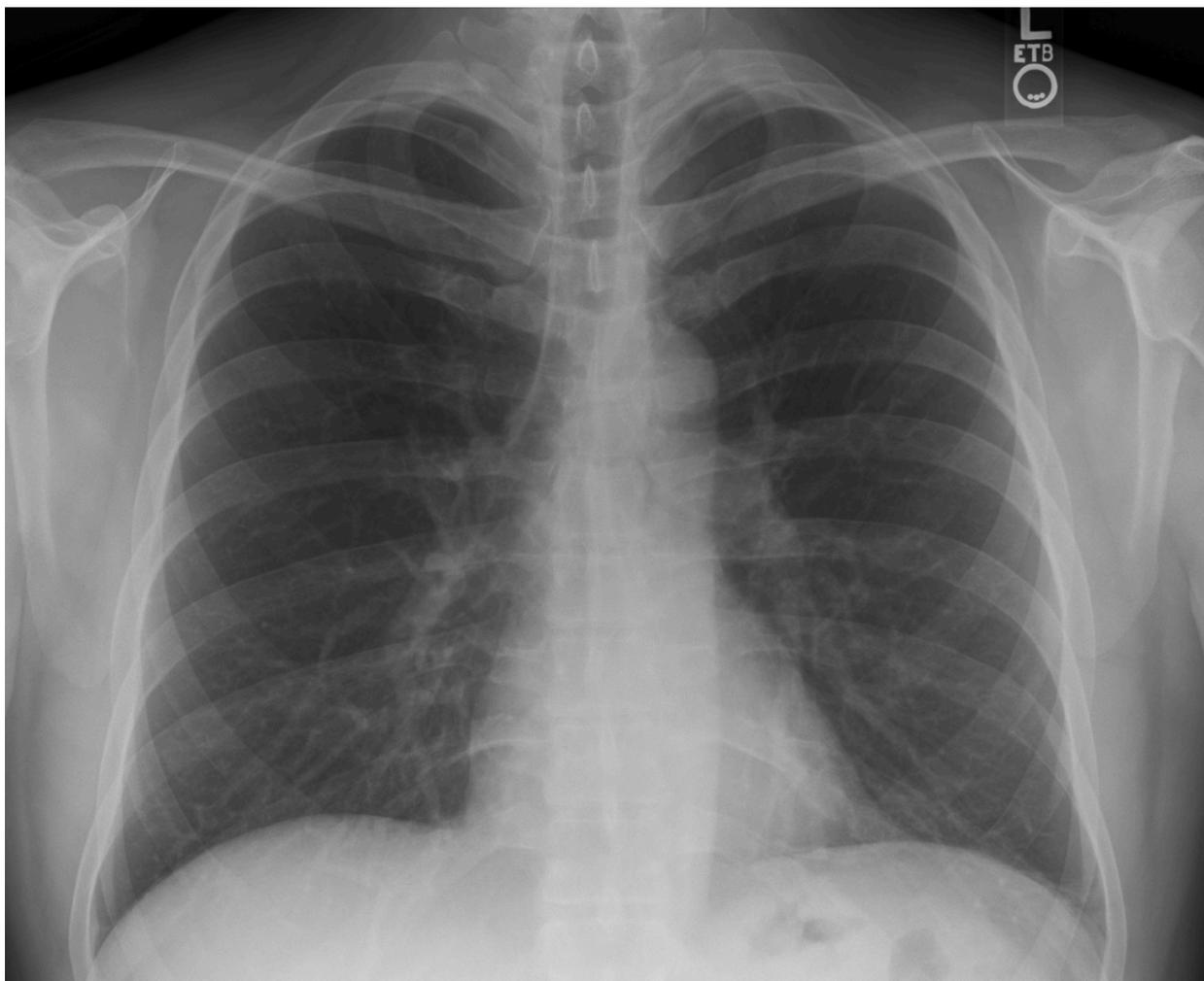
PT	13,1 segundos
INR	1.0
PTT	28 seg

[Volver al caso](#)

**Figura 75.1- EKG**

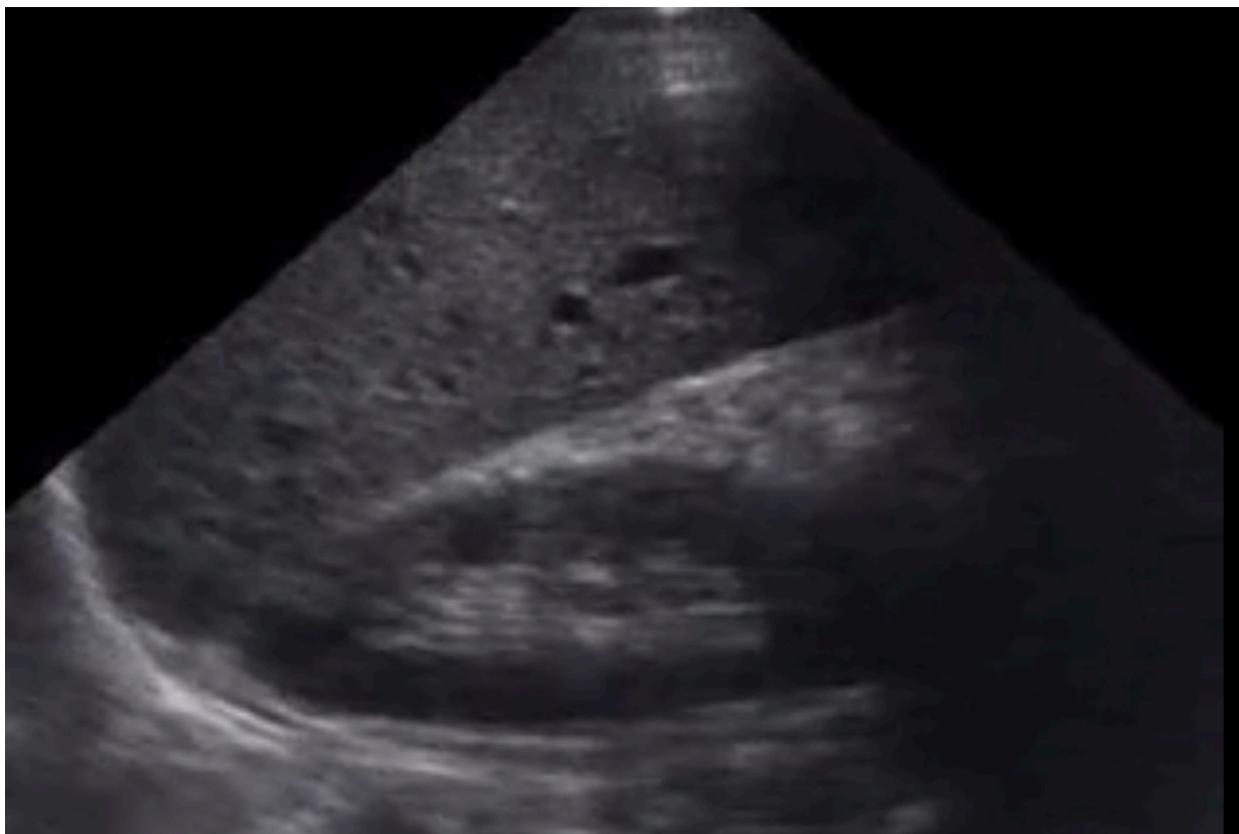
[Volver al caso](#)

**Figura 75.2- Rx Tórax**



[Volver al caso](#)

Figura 75.3- POCUS - FAST (cuadrante superior derecho)



[Volver al caso](#)

Figura 75.4- POCUS Aorta



[Volver al caso](#)

Figura 75.5- TAC de abdomen/pelvis con contraste intravenoso



[Volver al caso](#)