

# DOLOR ABDOMINAL EN RELACIÓN CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) DE EVOLUCIÓN CRÓNICA

A. Cerezo-Ruiz<sup>1</sup>, A. Lozano Rodríguez-Mancheño<sup>2</sup>, S. Bosy<sup>3</sup>, J.L. Domínguez-Jiménez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>3</sup>Servicio de Radiología. Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Jaén. España.

## Caso clínico

Se trata de un paciente de 82 años de edad que consultó en Urgencias por epigastralgia continua e intensa de tipo urente con referencia al hipocondrio derecho de dos meses de evolución, sin la existencia de vómitos, fiebre ni ictericia concomitantes. No existió síndrome constitucional. Además refirió haber notado dolor torácico con sensación disneica acompañante en alguna ocasión en este periodo.

Como antecedentes personales de interés destacan: Hipertensión arterial (HTA), accidente cerebrovascular agudo (ACVA) de tipo isquémico acaecido tres años antes y trombosis venosa profunda (TVP) en el miembro inferior derecho quince años antes del episodio actual, que requirió tratamiento con acenocumarol por un periodo de un año. Por otro lado, se trata de un paciente con vida activa, ex-fumador de larga data y con consumo leve de alcohol. En el periodo del episodio, tan solo tomaba nimodipino a dosis de 30 mg cada 8 h de modo habitual.

A la exploración física presenta buen estado general, eupneico, con una tensión arterial (TA) de 182/97 mm Hg y una frecuencia cardiaca (FC) de 63 lpm. No se hallaron

adenopatías periféricas. La auscultación cardiorrespiratoria es normal, y en la palpación abdominal presentó molestia en epigastrio, sin defensa. No se palparon masas ni vísceromegalias. En cuanto a las extremidades inferiores, no se apreciaron datos inflamatorios.

El paciente fue remitido a la consulta de Aparato Digestivo para valoración por posible cólico biliar.

En dicha consulta, aportó analítica sanguínea con hemograma, coagulación y bioquímica con glucosa, función renal, bilirrubina total, amilasa, enzimas de colestasis y transaminasas normales, y además se le practicó una ecografía abdominal. Esta técnica fue invaluable por la existencia de meteorismo considerable y nula colaboración para la apnea necesaria. Así pues, se solicitó la realización de tomografía axial computarizada (TAC) abdominal superior, con el hallazgo en los cortes inferiores pulmonares de trombo periférico en la arteria pulmonar derecha y del lóbulo inferior derecho, compatible con tromboembolismo pulmonar (TEP) crónico (**Figura 1**). Por lo demás la exploración no mostró ningún hallazgo de interés patológico en la región abdominal.

El paciente se remitió a Hematología para comenzar tratamiento con acenocumarol, y a Medicina Interna para estudio completo de posible coagulopatía subyacente. En este sentido se completó el estudio analítico sanguíneo con la realización de: Dímero-D 638 Ng/l (normalidad  $\leq 500$ ), con normalidad en el resto de los parámetros estudiados (factor reumatoide, inmunoglobulinas, hormonas tiroideas, enzima convertidora de angiotensina, metabolismo férrico, creatina-fosfocinasa, anticuerpo antinuclear, anticuerpo coagulante

### CORRESPONDENCIA

Antonio Cerezo Ruiz  
Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura  
Crta. Puente Génave- La Puerta de Segura, km. 0.300  
La Puerta de Segura-Puente de Génave (Jaén)

dracerez@gmail.com



**Figura 1**

Imagen de corte torácico de TAC donde se aprecia trombo periférico en la arteria pulmonar derecha.

lúpico, anticuerpo anticardiolipina, complemento, proteína C antigénica, proteína S libre activada, factor VIIc, proteína S antigénica, antitrombina III y homocisteína), y negatividad en el gen de protrombina y factor V de Leyden. Se realizó ecografía-Doppler de miembros inferiores y TAC craneal sin datos relevantes, y radiografía de tórax posteroanterior y lateral con únicamente cardiomegalia.

En la evolución el paciente mostró mejoría clínica desde el comienzo del tratamiento con acenocumarol, y continúa en la actualidad seguimiento en nuestras consultas de Medicina Interna.

El TEP es un proceso grave que lleva asociada una mortalidad considerable por episodio, de hasta un 30%, y con una aparente morbilidad elevada además entre los supervivientes que no recibieron tratamiento. Esta circunstancia se podría reducir con un diagnóstico y un tratamiento precoces, pero desafortunadamente la presentación clínica es inespecífica y variable, lo que aumenta la dificultad en su diagnóstico.

En esta enfermedad se produce una obstrucción de la arteria pulmonar o una de sus ramas por material de diversa naturaleza (como por ejemplo trombo, tumor, aire o grasa) que se ha originado en otro lugar del cuerpo. En general se puede clasificar, en función del tiempo de evolución, en agudo y crónico. Los pacientes con cronicidad tienden a desarrollar disnea lentamente progresiva durante un periodo de años incluso, debido a hipertensión pulmonar<sup>1</sup>. En este caso el paciente presenta una evolución atípica, con desarrollo de dolor abdominal en región epigástrica y disnea acompañante episódica con patocronia subaguda. Existen escasas descripciones en la literatura médica de pacientes con TEP y dolor abdominal en adultos<sup>2</sup>, y los casos informados se presentan como una situación urgente<sup>2-6</sup>.

Por otro lado, la identificación de los factores de riesgo<sup>2</sup>, y una elevada sospecha clínica, son cruciales para un diagnóstico rápido y certero en circunstancias que suelen ser de carácter urgente por lo general. El TEP es una

complicación común de una TVP. Otros factores de riesgo a destacar son la inmovilización, cirugía en los últimos tres meses, ACVA, historia anterior de TEP, existencia de neoplasia maligna, instrumentación venosa central en los últimos 3 meses y cardiopatía. Otros riesgos identificados en mujeres son la obesidad, tabaquismo (más de 25 cigarrillos al día) e HTA<sup>1</sup>. En nuestro paciente encontramos como factores de riesgo relacionados historia de ACVA y TVP previos, además de HTA. Por otro lado, se descartaron la existencia de proceso neoplásico maligno convenientemente con radiografía torácica y TAC craneal, y coagulopatía subyacente.

Por último, la anticoagulación es el tratamiento de elección en este proceso. En este sentido, se disminuye ostensiblemente la mortalidad de un 30% a un 2-8%<sup>1</sup>. El paciente, tras comenzar tratamiento con acenocumarol, desarrolló mejoría sintomática, sin nuevos episodios de dolor abdominal ni disnea, lo que nos hace pensar en una relación etiológica clara.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Thompson BT, Hales CA. Overview of acute pulmonary embolism. En: UpToDate® online 18.3 (<http://www.uptodate.com>)
2. Sethuraman U, Siadat M, Lepak-Hitch CA, Haritos D. Pulmonary embolism presenting as acute abdomen in a child and adult. *Am J Emerg Med* 2009; 27(4):514.e1-5.
3. Vavuranakis M, Lazaros G, Patialiakas A, Maragiannis D, Papaioannout et al. A young woman with syncope, dyspnea and abdominal pain. *Hellenic J Cardiol* 2009; 50(3):218-20.
4. Babu RV, Romero A, Sharma G. A 39-year-old with epigastric pain, intermittent chest pain, and progressive dyspnea. *Chest* 2007; 132(6):2012-5.
5. Unlüer EE, Denizbasi A. A pulmonary embolism case presenting with upper abdominal and flank pain. *Eur J Emerg Med* 2003; 10(2):135-8.
6. Wang PW, Kuo PH, Chang YC, Yang PC. A patient with right upper quadrant abdominal pain, hypotension and dyspnoea. *Eur Respir J* 2002; 20(1):238-41.