Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):5

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/252 - SEUDOOBSTRUCCIÓN CÓLICA AGUDA: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS

F.J. Pérez Delgado[a], L. Gómez Sánchez[b], E.A. López Gómez[a] y M.Á. Martín Ortega[a]

[a]Médico de Familia. Hospital de la Línea de la Concepción. Cádiz. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Monovar. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 85 años, alérgica a penicilinas con antecedentes personales de demencia tipo Alzheimer tratada con memantina e hipertensión arterial tratada con losartán, vida cama-sillón. Acude al Servicio de urgencias hospitalaria por presentar un aumento del perímetro abdominal de pocas horas de evolución sin estreñimiento, refiere heces líquidas. Niega náuseas o vómitos.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente, orientado, colaborador. Bien hidratado y perfundido. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos. Abdomen: marcada distensión abdominal con abdomen globuloso, timpánico. No doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. Ausencia de ruidos peristálticos. Tacto rectal: ampolla vacía con restos de heces líquidas. PPCC: analítica y pruebas complementarias sin interés. Electrocardiograma normal. Rx abdomen simple: Gran dilatación intestinal a expensas de intestino grueso. TAC abdomen con contraste: ausencia de obstrucción mecánica. Se inician medidas conservadoras con dieta absoluta, sonda nasogástrica y rectal, que fracasan. Se ingresa al paciente en Cirugía General que decide colonoscopia aspirativa, solucionando el cuadro y pudiendo darse de alta al paciente en unos días con buena evolución.

Juicio clínico: Síndrome de O&#39Gilvie.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial más difícil se realiza con el Íleo paralítico. Hay que tener en cuenta la oclusión intestinal producida por bridas y adherencias, vólvulos o neoplasias de colon. En última instancia habrá que diferenciar si se trata de una seudoobstrucción intestinal aguda o crónica según la anamnesis del paciente.

Comentario final: La importancia del diagnóstico y tratamiento precoz en ésta como en otras muchas entidades es primordial ya que si queremos evitar fatales complicaciones como el riesgo de isquemia y perforación intestinal, en este caso, es necesario actuar con rapidez y detectar, dentro de la dificultad del diagnóstico de éste síndrome, la entidad ante la que nos encontramos diferenciándola así del Íleo mecánico ya que nuestro paciente se enfrentaba a una elevada mortalidad. Hay que resaltar asimismo que ésta entidad aumenta su incidencia en pacientes ancianos, encamados, con enfermedades psiquiátricas, neurológicas o postquirúrgicas.

Bibliografía

1. Accarino A, Malagelada JR. Pseudoobstrucción intestinal. En: Enfermedades Digestivas. Aula Médica, Madrid, 1998:914-9.
2. Accarino A, Malagelada JR. Obstrucción intestinal, íleo y seudoobstrucción intestinal crónica. Gastroenterología y hepatología, 3ª ed. Madrid: Elsevier, 2002:280-8.

Palabras clave: *Seudoobstrución intestinal. Síndrome de O&#39Gilvie.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.