Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):117

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/3099 - EN LA UCI POR UN ENEMA

A. Sánchez de Toro Gironés[a], S.I. Roncero Martín[a], S. Falla Jurado[b], D.L. García Santos[c], L.S. Bañagasta Jaquez[d], A. Carrasco Angulo[b], S. Rivera Peñaranda[b], A.C. Menéndez López[b], L. de Castro Peral[e] y A. Ropero García[f]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [b]Médico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Mazarrón. Murcia. [d]Médico de Familia. Centro de Salud Torre-Pacheco. Murcia. [e]Médico de Familia. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia. [f]Diplomado Universitario en Enfermería. Clínica Hemodiálisis Fresenius. El Palmar.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 75 años que consulta por estreñimiento de 8 días de evolución a pesar de medidas higiénico-dietéticas. Tras exploración física y radiografía se descarta obstrucción intestinal. Se coloca enema y tras deposiciones presenta cuadro vasovagal. Se inicia sueroterapia con recuperación parcial de TA y es valorada por Cirugía. Durante exploración por Cirugía presenta hipotensión con desconexión del medio, sudoración y vomito con trabajo respiratorio asociado, iniciando oxigenoterapia, mayor aporte de volumen, esteroides, ceftriaxona y nebulizaciones. Dada la situación de la paciente se decide ingreso en UCI.

Exploración y pruebas complementarias: Glasgow 15 aunque desorientada. TA 60/30, FA 78 lpm, SatO2 98% con VMK al 50%. Afebril. ACP: rítmico. Estertores bilaterales. Abdomen: globuloso, no. Analítica: leucocitos 23 × 10^3, 75% N, plaquetas 247.000, Hb 12,5 mg/dl, Hto 43%. TTPA r 1,2. Glucosa 147 mg/dl, urea 76 mg/dl, creat 1,9 mg/dl, sodio 148 mEq/l, potasio 4,2 mEQ/l, pH 7,07, pCO2 31, pO2 85, HCO3 7,09. Rx tórax: sin infiltrados. Eco abdominal: dilatación de vía biliar intrahepática y extrahepática, sin observar su porción distal. TAC abdominal: hallazgos compatibles con colitis isquémica. Colonoscopia: hemorroides, colitis izquierda de probable etiología isquémica. Biopsia colónica: fragmentos de mucosa edematosa y fragmento de tejido de granulación.

Juicio clínico: Shock séptico de origen abdominal: colitis isquémica.

Diagnóstico diferencial: EEI. Colitis por *C. difficile*. Cáncer colorrectal. Diverticulitis aguda.

Comentario final: Durante ingreso en UCI la paciente requiere drogas inotrópicas, diálisis y VMNI con sedación. Tras cuadro de melenas con caída de Hto, Cirugía decide actitud expectante ante el estado de la paciente. Una vez descartada patología quirúrgica se coloca sonda nasogástrica y se inicia nutrición enteral, sin nuevos episodios de melenas ni dolor abdominal. Se mantiene tratamiento conservador con piperacilina/tazobactam, asumiendo cuadro séptico como origen del cuadro.

Bibliografía

1. Elder K, Lashner BA, Al Solaiman F. Clinical approach to colonic ischemia. Cleve Clin J Med.

2009:76:401-9.
2. Sun MY, Maykel JA. Ischemic Colitis Clin Colon Rectal Surg. 2007;20:5-12.
3. Hauser SC. Las enfermedades vasculares del tracto gastrointestinal. En: Goldman L, Ausiello D. Cecil Medicina, 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007.

Palabras clave: *Sepsis. Estreñimiento. Colitis.*

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