Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):709

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/281 - DOLOR ABDOMINAL AGUDO ASOCIADO A DIARREA SANGUINOLENTA

J. Mostazo Torres[a], M. Vílchez Jaímez[b] e I. Galindo Román[c]

[a]Especialista Aparato Digestivo. Hospital de la Línea de la Concepción. Cádiz. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Tarifa. Cádiz. [c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 36 años. Acude a urgencias en varias ocasiones por dolor abdominal de 48 horas de evolución y en las últimas 6 horas asocia diarrea sanguinolenta por lo que ingresa para estabilización y completar estudio. Comenzamos con tratamiento antibiótico. As hb 9,8, 17.860 leucos (89%), 111.000 plaquetas, TP 56%, PCR 245. TAC: engrosamiento de paredes de colon trasverso y probable de colon descendente con aumento de atenuación de la grasa mesocólica en probable relación con proceso inflamatorio. La paciente empeora, dolor no controlado y exploración abdominal con defensa abdominal, es valorado por cirugía general, sustituimos a antibiótico de amplio espectro y se traslada a UCI. La paciente se desorienta, realizando test orina para despistaje de tóxicos observando anfetaminas ++. La diarrea sanguinolenta persiste. Rectosigmoidoscopia diagnóstica sin preparación: a nivel de colon descendente se observan lesiones eritematosas, patrón nodular blanquecino sugestivo de fibrina y pérdida del patrón mucoso habitual, biopsias para histología y microbiología. Toxina Clostridium dificille negativo, cultivo negativo. AP compatible con colitis isquémica.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estar general. Dolor abdominal con defensa abdominal generalizada. Paciente obnubilada, tendencia a la hipotensión, se traslada a UCI.

Juicio clínico: Colitis isquémica secundaria a la toma de anfetaminas.

Diagnóstico diferencial: Debut colitis ulcerosa con datos de colon tóxico. Colitis enteroinvasiva grave. Colitis isquémica. Fibrilación auricular. Endocarditis infecciosa.

Comentario final: Tras 7 días de manejo conservador la paciente mejora lentamente, controlando el dolor y aumentando la consistencia de las heces ya sin restos hemáticos. A los 10 días se pasó a planta y tras 2 semanas en planta pudo ser dada de alta con buena tolerancia a dieta y sin apenas dolor. El diagnóstico de la colitis isquemia requiere un elevado índice de sospecha clínica puesto que diferentes estudios muestran que el pronóstico va a depender de la rapidez en su diagnóstico. Por lo que en los casos de dolor abdominal agudo con defensa abdominal se debe de realizar con precocidad TAC abdomen y posterior valoración por cirugía general.

Bibliografía

1. Shaheen K, et al. Illicit drug, ischemic bowel. Am J Med. 2011;124(8):708-10.
2. Hourmand-Ollivier I, et al. Cardiac sources of embolism should be routinely screened in ischemic colitis. Am J Gastroenterol. 2003;98:1573-7.

Palabras clave: Colitis isquémica. Anfetaminas. Rectorragia.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.