



## P-418 - REPORTE DE UN CASO: SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL EN PACIENTE CON ESTREÑIMIENTO

V. Rodrigues Gonçalves, R. Migone González, S. Astete la Madrid, L.M. Jiménez Gómez, E. Espín Basany, F. Vallribera Valls, M. Martí Gallostra, J.L. Sánchez García y M. Armengol Carrasco

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** Reportamos el caso de un paciente con paraplejia y en tratamiento con múltiples fármacos psiquiátricos, quien presentó síndrome compartimental abdominal. Este síndrome secundario a estreñimiento es infrecuente, este caso ilustra la necesidad de realizar tratamiento activo para evitar el estreñimiento y las consecuencias de no realizarlo.

**Caso clínico:** Hombre de 49 años con antecedente de paraplejia secundaria a mielitis transversa idiopática y tratamiento crónico con antidepresivos y benzodiacepinas que ingresa a urgencias por coma. La exploración evidenció tensión arterial de 66/44 mmHg, pulso de 64 latidos por minuto, respiración 12 por minuto, saturación de oxígeno 93%. Glasgow 3. Abdomen distendido, duro a la palpación con silencio auscultatorio. Ausencia de pulsos en extremidades inferiores. Heces sólidas en ampolla rectal. Presentaba anuria, fallo respiratorio y necesidad de noradrenalina a altas dosis. Se realiza intubación endotraqueal y traslado a unidad de cuidados intensivos. Los análisis de sangre demostraron leucocitosis de 22.800 con 73% de neutrófilos segmentados y 16% bandas. La función renal mostró una creatinina de 1,95 mg/dl y urea de 48 mg/dl. Se realiza una tomografía computarizada abdominal que mostró dilatación colónica masiva con estasis fecal. Se determinó la presión intraabdominal que fue de 27 mmHg, realizándose el diagnóstico de síndrome compartimental abdominal. Se realiza laparotomía exploradora con los hallazgos de megacolon atónico no perforado, ocupado por molde fecal, realizándose colectomía total con ileostomía terminal más esplenectomía por laceración esplénica. Después de la cirugía, se observó mejoría de la insuficiencia renal sin hemodiálisis. Presentó neumonía nosocomial que mejoró con tratamiento antibiótico de amplio espectro y convulsiones después de la retirada de la sedación con buena respuesta a la medicación anticonvulsivante siendo dado de alta una vez superadas estas complicaciones. La anatomía patológica mostró un colon tóxico, dilatado y de pared adelgazada. La histopatología evidenció ausencia de células intersticiales de Cajal, a través del estudio de la expresión de c-kit. Estos hallazgos se han descrito en relación con estreñimiento por tránsito lento.

**Discusión:** El síndrome compartimental abdominal se define como una elevación de la presión intraabdominal asociado a disfunción cardiopulmonar o renal. Se ha observado que un aumento de la presión intraabdominal mayor de 25 mmHg disminuye el gasto cardiaco, produce obstrucción mecánica de la respiración y fallo renal si no es corregido rápidamente. Sin embargo no hay una cifra de presión intraabdominal umbral a partir de la cual se pueda predecir este diagnóstico en todos los pacientes. Este síndrome se puede presentar en casos de trauma abdominal, pacientes postoperados, ascitis a tensión, pancreatitis necrotizante, hematoma retroperitoneal y distensión intestinal. En niños se han descrito casos en

pacientes con megacolon congénito y adquirido. En nuestro paciente la causa estaba en relación con la distensión e impactación fecal a nivel colónico secundario a estreñimiento crónico en un paciente en tratamiento crónico con fármacos psiquiátricos, las propiedades de muchos de estos fármacos pueden causar importantes problemas de motilidad gastrointestinal produciendo dilatación colónica. Estos efectos pueden aparecer a dosis terapéuticas por esto la importancia de tratar intensivamente el estreñimiento en estos pacientes.