Semergen. 2016;42(Espec Congr 1):10

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

210/102 - Estreñimiento. ¿causa o consecuencia?

F. Chacón Reche[a], L. Risueño Bonilla[b], M.C. Esteban Muros[c], B. Lobo Colominas[d], L. Serrano Martínez[e] y C. García Maturana[f]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Garrucha. Almería. [b]Médico Residente de 3er año. Centro de Salud de Cuevas del Almanzora. Almería. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Cuevas de Almanzora. Almería. [d]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vera. Almería. [e]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vera. Almería. [f]Médico Residente de 1er año. Centro de Salud de Cuevas del Almanzora. Almería.

Resumen

Descripción del caso: MC: dolor abdominal y estreñimiento. AP: NAMC. Sin patología conocida. En tratamiento con Nolotil 575 mg/8h alterno con paracetamol 1 g/8h desde hacía 3 días. Anamnesis: paciente varón, de 29 años, que acude a urgencias del centro de salud por cuadro de 4 días de evolución de dolor abdominal generalizado, junto a Estreñimiento, náuseas y un vómito aislado hace 2 días. Tuvo pico febril de 38 ºC hace 2 días, después se ha mantenido con febrícula.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 153/95; FC 104; Tª 36,2 ºC; SatO2 98%. BEG. Normocoloreado. Bien hidratado y perfundido. Eupneico. Sin signos sépticos ni meníngeos. Abdomen: distendido, poco depresible, timpanizado. Doloroso de forma difusa. Blumberg negativo. Sin ruidos intestinales. Analítica: leucocitosis 12.400, neutrofilia 82%, PCR 343,7. Rx. abdomen: dilatación de asas de intestino delgado. Ecografía abdominal y TAC con contraste iv. abdominal urgentes: apéndice retrocecal de bordes mal definidos, diámetro mayor 17 mm con líquido en su interior con hiperdensidad difusa de la grasa adyacente y líquido libre, visualizando en el interior pequeña burbuja aérea y ganglios mesentéricos periféricos. Marcada dilatación de asas de intestino delgado, con contenido no peristáltico en su interior. Evolución clínica: es intervenido de urgencia, con buena evolución clínica y dado de alta al día siguiente, afebril y tolerando vía oral; en tratamiento analgésico y ATB con cefixima y metronidazol.

Juicio clínico: Apendicitis aguda gangrenosa perforada. peritonitis generalizada. Íleo paralítico secundario.

Diagnóstico diferencial: Procesos infecciosos intraabdominales: apendicitis aguda, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, pielonefritis aguda, GEA. Estreñimiento.

Comentario final: Cuando un paciente acude a nosotros, los médicos de familia, por estreñimiento deberíamos plantearnos siempre si se trata de esta simple patología o hay algo más detrás; es decir, a veces diagnosticamos alegremente de “dolor abdominal por estreñimiento” sin llegar más allá o estudiar cuál podría ser la causa. En este caso el médico de familia consideró que en un paciente tan joven no era normal que presentara un episodio de estreñimiento tan brusco, con febrícula, y sin

causa aparente y decidió derivarlo a urgencias hospitalarias, hecho que contribuyó a un rápido diagnóstico e intervención sin grandes consecuencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez l, Montero FJ. Dolor abdominal agudo. En: Medicina de Urgencias y Emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª ed. Barcelona: 2015. p. 302.

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