



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 Maturand^f

^aMédico de Familia. Centro de Salud Garrucha. Almería. ^bMédico Residente de 3^{er} año. Centro de Salud de Cuevas del Almanzora. Almería. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Cuevas de Almanzora. Almería. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vera. Almería. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vera. Almería. ^fMédico Residente de 1^{er} 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 °C hace 2 días, después se ha mantenido con febrícula.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 153/95; FC 104; T^a 36,2 °C; 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 I, Montero FJ. Dolor abdominal agudo. En: Medicina de Urgencias y Emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª ed. Barcelona: 2015. p. 302.