



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

210/132 - Pues al final, sí era quirúrgico...

S. Falla Jurado^a, A. Carrasco Angulo^b, A. Sánchez de Toro Gironés^c, D.L. García Santos^d, L.S. Bañagasta^e y V. Mateo Cañizares^f

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Mazarrón, Murcia. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia. ^fMédico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria de Urgencias del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 70 años que consulta por dolor intenso, punzante, intermitente y acompañado de dispepsia en epigastrio tras ingesta, se acompaña de náuseas y algún episodio de vómitos, sin ninguna otra clínica acompañante. Refiere cuadros similares previos por los que no ha consultado. Ante la clínica y la radiografía con niveles aéreos se deriva urgencias para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada, afectada por el dolor. Normohidratada, normocoloreada, eupneica en reposo. ACP: tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, sin masas ni megalías, peristaltismo presente sin signos de irritación peritoneal. Doloroso a la palpación en epigastrio con defensa. Radiografía abdominal AP y en bipedestación: dilatación de asas de delgado y presencia de niveles hidroaéreos. Ecografía abdominal: sin hallazgos significativos. TAC abdominal: compatible con obstrucción intestinal con cambios de calibre a nivel de íleon terminal.

Juicio clínico: Obstrucción intestinal secundaria a brida. Divertículo de Merckel.

Diagnóstico diferencial: Íleo biliar, síndrome de Ogilvie, sepsis intraabdominal. Neumonía.

Comentario final: Ante sospecha de obstrucción intestinal la paciente pasa a camas de observación con bomba analgésica y pendiente de valoración por cirugía. Tras valoración y realización de ecografías sin hallazgos significativos es dada de alta por cirugía. La paciente vuelve a consultar en varias ocasiones por el mismo cuadro clínico y finalmente hasta la realización de TAC abdominal el servicio de cirugía no cataloga el cuadro de obstrucción intestinal y no realiza la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

- Eisen G, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JA, Johanson JF. Acute colonic pseudoobstruction. Gastrointest Endosc. 2002;56:789-92.
- Accarino A, Malagelada JR. Obstrucción intestinal, íleo y seudoobstrucción intestinal crónica. En: Berenguer, ed. Gastroenterología y Hepatología. Madrid, Harcourt 2002;280-9.

3. Nolan DJ. Special topic: Gastroenterologic radiology. The true yield of the small intestinal barium study. *Endoscopy*. 2000;29:447-53.
4. Umschaden HW, Szolar D, Gasser J, Umschaden M, Haselbach H. Small bowel disease: comparison of MR entero-clysis images with conventional enteroclysis and surgical findings. *Radiologyk*. 2000;215:717-25.