



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

387/170 - LA DIARREA CAMBIANTE

E. Abreut Olsen¹, M. Nielfa González², R. López Sánchez¹, J. Bustamante Odriozola³, J. Cepeda Blanco⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr Morante. Santander. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Santander. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 61 años de edad que acude a Urgencias por diarrea y sudoración profusa desde hace 3 horas. Refiere que, estando previamente asintomática, comienza con cuadro progresivo de sudoración, malestar, molestias abdominales y tenesmo rectal, que se resuelve con deposiciones líquidas abundantes sin productos patológicos. Afebril. No disuria ni cambios en características urinarias. Asoció náuseas y visión borrosa que se autolimitó. No dolor torácico, no palpitaciones ni disnea. No disnea paroxística nocturna, no ortopnea, no oliguria. Consumo previo de dos copas de vino. No otra sintomatología. AP: HTA, DM II.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. TA 85/61. FC 85. SatO2 92%. Buen estado general. Consciente, orientada. Leve deshidratación de mucosas. Bien perfundida. Normal coloración cutánea y de mucosas. Eupneica. Fétor enólico. AC sin hallazgos patológicos. AP: crepitantes bibasales leves. Abdomen: blando. Doloroso a la palpación profunda en mesogastrio. RHA: normal. No masas ni visceromegalias. Puñopercusión lumbar bilateral negativa. Murphy y Blumberg negativos. En analítica se objetiva insuficiencia renal aguda leve de perfil prerrenal, sin datos sugestivos de cuadro infeccioso. Durante su estancia en Urgencias, presenta episodio de dolor cólico con rectorragia franca moderada, permaneciendo hemodinámicamente estable posteriormente, por lo que ingresa en Digestivo, donde permanece estable, controlándose el dolor con mejoría progresiva durante 3 días hasta el Alta. Posteriormente, seguimiento en consultas con colonoscopia programada que refleja signos residuales sugestivos de colitis isquémica en colon descendente.

Juicio clínico: Colitis isquémica. Insuficiencia renal aguda.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis aguda, diverticulitis aguda, enfermedad inflamatoria intestinal. Hemorragia intestinal.

Comentario final: La colitis isquémica representa la forma más frecuente de isquemia intestinal y surge cuando el colon se ve transitoriamente privado del flujo vascular debido a una alteración de la circulación sistémica, pudiendo aparecer en formas leves y transitorias hasta fulminantes. El diagnóstico se basa en la colonoscopia programada en casos leves, y el TC y la colonoscopia de urgencia se reservan para casos severos con inestabilidad hemodinámica o peritonitis, y solo en casos dudosos se confirma con la anatomía patológica. En pacientes jóvenes se debe interrogar por consumo de cocaína, y en mayores, la etiología es debido a comorbilidades vasculares. Se debe sospechar ante cuadro de dolor abdominal cólico, diarrea,

tenesmo rectal, cortejo vegetativo y rectorragia. El tratamiento es médico en formas leves y estudio cardiovascular y de coagulopatías, y quirúrgico en casos severos. El pronóstico es favorable en los casos leves si la resolución completa es en 2-3 días.

Bibliografía

Boley SJ, Schwartz S, Lash J, Sternhill V. Reversible vascular obstruction of the colon. *Surg Gynecol Obstet.* 1963;116:53-60.