

329/69 - TENGO LA TRIPA MUY HINCHADA

M. Tobalina Segura¹; A. del Rey Rozas²; J. Rodríguez Duque³; M. Gómez González⁴; I. Rivera Panizo⁵.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Cantabria. ³Médico Residente de Digestivo. Hospital Valdecilla. Cantabria. ⁴Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 86 años. AP: hábito tabáquico, bebedora de 10 gr/día hasta hace unos años, dislipemia, esteatosis hepática, colelitiasis. No intervenciones quirúrgicas. En tratamiento con paracetamol/tramadol, buprenorfina, simvastatina, omeprazol, ibandronato. Desde hace 6 días, presenta vómitos biliosos, en ocasiones tipo "chocolate" y malolientes, asociado a estreñimiento y dolor abdominal. Disminución de la ingesta. En las últimas 48h presenta aumento del perímetro abdominal.

Exploración y pruebas complementarias: Temp 36°C, TA 136/81mmHg, FC 105 lpm, SatO₂ 90%. Desorientada en tiempo. Normocoloreada, normoperfundida, normohidratada. AC: rítmico con soplo sistólico. AP: MVC. Abdomen: distensión importante, dolor generalizado. Ruidos presentes. PPRB negativa. Tacto rectal: ampolla libre. Extremidades: no edemas, no signos de TVP. Pulso +. Analítica: glucemia 117 mg/dl, Cr 1,16 mg/dl, FG 43 ml/min/1,73m², Na 138 mg/dl, K 3,4 mg/dl, PCR 18,3 mg/dl, bil total 0,6 U/l, AST 19 U/l, ALT 18 U/l, GGT 45 U/l, FA 94 U/l, amilasa 46 U/l. Hemograma: leucocitos 14.000/?l, Hb 14,6 g/dl, plaquetas 329.000/?l. Coagulación normal. Rx abdomen en decúbito presenta niveles hidroáreos. TAC abdominopélvico: hernia umbilical con contenido de asas de intestino delgado, con saco herniario de 5,3 cm. Dilatación proximal de asas de intestino delgado con distensión de cámara gástrica.

Juicio clínico: Obstrucción intestinal en relación a hernia umbilical.

Diagnóstico diferencial: Obstrucción intestinal por neoformación, opioides o fecaloma, pseudooclusión intestinal.

Comentario final: La paciente presentaba una obstrucción intestinal en relación a hernia umbilical. Entre las causas más comunes de obstrucción intestinal destacan las producidas porbridas en caso de intervenciones quirúrgicas previas, la toma de opioides y las neoformaciones de colon. En este caso en particular, excluyendo la causa de adherencias por no presentar antecedentes de IQ, la neoformación era una posible patología causal debido a la edad de la paciente, así como la etiología farmacológica por ser la paciente usuaria de opioides de manera habitual. La paciente quedó ingresada en el hospital. En un primer momento se realizó tratamiento conservador con colocación de SNG, dieta absoluta y reducción manual de la hernia. En vista de la imposibilidad de la reducción de la hernia, se decide tratamiento quirúrgico para eventroplastia. Tras la intervención, la paciente presenta buena evolución, con deposiciones diarias y tolerancia de alimentos.

Bibliografía

Adamou H, Amadou I, Habou O et al. Etiologies et pronostic des occlusions intestinales aigues mécaniques à l'Hôpital National de Zinder: étude transversale sur 171 patients. Pan Afr Med J. 2016;24:248.