



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

469/31 - MUCHAS DEPOSICIONES Y POCA MICCIÓN

F. Balduvino Gallo¹, F. Espinoza Cuba², M. Artero Carrillo³, E. Escalona Canal⁴, E. Quiroz Flores¹, N. Gallo Salazar¹, N. Arencibia Hernandez³, M. Morgado Bermejo⁵

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cotoño. Castro Urdiales. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Laredo. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Mejostilla. Cáceres.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 71 años (NAMC; HTA en tratamiento con valsartán/hidroclorotiazida 160/12,5 mg 1-0-0; poliomielitis, hernia umbilical) que acudió al centro de salud porque desde hacía 4 días presentaba deposiciones diarreicas (10 al día aproximadamente) amarillento-verdosas, con moco. Refiere oliguria importante y ha vomitado en dos ocasiones; presentaba dolor abdominal periumbilical. Afebril. También comentaba que había tomado AINEs por una gonalgia.

Exploración y pruebas complementarias: TA 102/61, FC 84, T^a 36,6 °C, SatO₂ 97%. Buen estado general, consciente y orientado. Normocoloreado y perfundido, deshidratación mucocutánea. Eupneico. Auscultación cardiopulmonar anodina. Abdomen blando, depresible, molesto a la palpación de forma difusa, no signos de peritonismo, ruidos hidroaéreos presentes. Puñopercusión renal bilateral negativa. Ante la clínica se decide derivar a urgencias para realización de pruebas complementarias. Analítica: leucocitos 16.400, neutrófilos 12.300, Hb normal. Urea 248, creatinina 8,8, FG 5,4 ml/min/1,73 m², sodio 131, potasio 2,8, PCR 5,7 (> 0,5). pH venoso 7,22, bicarbonato 12,3, exceso de base venosa -14. Ecografía abdominal: mínimo engrosamiento de asas de íleon terminal, con leve aumento de la ecogenicidad de la grasa adyacente por cambios inflamatorios; no líquido libre.

Juicio clínico: Gastroenteritis aguda. Insuficiencia renal aguda prerrenal. Acidosis metabólica moderada-grave secundaria. Hipopotasemia/hiponatremia.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda. Enfermedad inflamatoria intestinal. Insuficiencia renal crónica. Intoxicación alimentaria.

Comentario final: Se comenzó con sueroterapia intensiva y se comentó con Nefrología de hospital de referencia decidiéndose traslado. Ingresó en UCI para vigilancia estrecha donde se trató con sueroterapia y drogas vasoactivas ante hipotensión mantenida. Se aisló Salmonella entérica serogrupo B y se instauró tratamiento con ciprofloxacino. La gastroenteritis aguda es una patología generalmente banal que puede llegar a complicarse de forma importante si no se corrigen las pérdidas hídricas.

Bibliografía

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Böttcher T, Engelhardt S, Kortenhaus M, Netter F. Netter. Barcelona: Masson; 2005.

Gutiérrez Rodero F, García Díaz J. Manual de diagnóstico y terapéutica médica, 8ª ed. Madrid: Universidad Complutense; 2016.