



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

## 469/31 - MUCHAS DEPOSICIONES Y POCA MICCIÓN

F. Balduvino Gallo<sup>1</sup>, F. Espinoza Cuba<sup>2</sup>, M. Artero Carrillo<sup>3</sup>, E. Escalona Canal<sup>4</sup>, E. Quiroz Flores<sup>1</sup>, N. Gallo Salazar<sup>1</sup>, N. Arencibia Hernandez<sup>3</sup>, M. Morgado Bermejo<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoLino. Castro Urdiales. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Laredo. Cantabria. <sup>5</sup>Médico 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<sup>a</sup> 36,6 °C, SatO<sub>2</sub> 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 m<sup>2</sup>, 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 ileon 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, 5<sup>a</sup> 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, 8<sup>a</sup> ed. Madrid: Universidad Complutense; 2016.