Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1334

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1086 - Este abdomen tiene trampa

J. Moreno Lamela[a], Á.C. Escribano Tovar[b], S. Sayago Gil[b], D. Gómez Prieto[b], J.P. Moraga Galindo[c], M. Ramírez Martínez[d], N. Matamoros Contreras[f] y G. Fernández García[g]

[a]Médico Interno Residente de 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz.[b] Médico Residente de 3er año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz.[c]Médico Interno Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz.[d]Médico de Familia. UGC Ubrique. Ubrique. Cádiz.[f]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz.[g]Médico de Familia. DCCU Cádiz. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 79 años. Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas conocidas. Factores de riesgo cardiovascular: diabética, hipertensa, no dislipémica. Obesidad. EPOC. Cirugías: prótesis de rodilla bilateral. Tratamiento actual: metformina, AAS, lorazepam, enalapril/hidroclorotiazida, Atrovent y ventolin. Acude hace 4 días por molestias en hipocondrio derecho, continuo, no irradiado, ni relacionado con las comidas ni los movimientos. Afebril. Sin alteraciones en el habito intestinal ni náuseas ni vómitos. A la exploración el abdomen era blando y depresible, discretamente doloroso a la palpación en HD, sin signos de peritonismo. Con juicio clínico de cólico biliar no complicado se pauta analgesia y dieta blanda. Vuelve a acudir en dos ocasiones más al centro de salud por el mismo motivo, hasta que a la cuarta asistencia, la paciente impresiona de gravedad y refiere empeoramiento del dolor así como irradiación a fosa iliaca izquierda. Presenta además oliguria y TA en consulta de 85/40 mmHg. Se deriva al SCCU para valoración analítica y pruebas de imagen.

Exploración y pruebas complementarias: Valorada en Urgencias se realiza analítica donde se aprecian en el hemograma Hb 10 g/dl, Hto 38%, 48.000 leucocitos con desviación izquierda. La bioquímica pone de manifiesto una creatinina de 2,8 mg/dl, urea 141 mmol/l y PCR de 398,9. Se realiza eco abdominal donde se observa colelitiasis no complicada y abundante gas en marco cólico. Se realiza TAC abdominal

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

en el que se aprecia un engrosamiento marcado parietal a nivel de sigma distal de un segmento que abarca al menos 9 cm con hipercaptación de la mucosa y aumento de la trabeculación de la grasa circundante. Hallazgos compatibles con colitis sigmoidea no pudiendo filiar origen isquémico vs inflamatorio. Destaca a además diverticulosis colónica.

Juicio clínico: Colitis sigmoidea (isquémica vs inflamatoria).

Diagnóstico diferencial: Colelitiasis, GEA, enfermedad diverticular, la colopatía por AINE y el cáncer colorrectal.

Comentario final: La colitis isquémica es la forma más frecuente de isquemia intestinal y surge cuando el colon se ve transitoriamente privado del flujo vascular. Su diagnóstico requiere un elevado índice de sospecha clínica. Para ello, es esencial considerar la cronología de los síntomas (dolor abdominal seguido de urgencia defecatoria y rectorragia) y el contexto clínico en el que éstos aparecen (más del 90% incide en personas especialmente vulnerables a accidentes vasculares). Aunque el diagnóstico requiere una colonoscopia precoz (48h) ésta no debe realizarse en presencia de peritonitis. En las formas graves, hay otras pruebas de imagen, como la ultrasonografía-Doppler o la tomografía computarizada abdominal, que proporcionan información con valor diagnóstico e incluso pronóstico. La angiografía queda reservada para los casos en que se plantean dudas acerca de la existencia de una isquemia mesentérica aguda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez-Puértolas B, Delgado P, Santolaria S, Alcedo J, Ducons J, Vera J, et al. Características clínico-evolutivas de la colitis isquémica. ¿Debe mejorarse el índice de sospecha clínica? Gastroenterol Hepatol. 2005:28;181.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.