Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1284

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2740 - La isquemia silente

J.F. García García[a], C. Celada Roldán[b], A.E. Pérez Día[c], A. Sánchez Gallego[d], A. Delgado García[e], M.S. Fernández Guillén[f], M.N. Plasencia Martínez[g] y E. Vertiz González[h]

[a]Médico Residente de 1er año. Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. [c]Médico de Familia. Médico Residente de 1er año. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena. [d]Médico Digestivo Residente de 1er año. Hospital Santa Lucía. Cartagena. [e]Médico Residente de 1er año de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco Antiguo. Cartagena. Murcia. [f]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. Murcia. [g]Médico Residente 1er año de Medicina de Familia. Centro de Salud San Antón. Cartagena. [h]Médico Residente 1er año de Medicina de Familia. Centro de Salud Ronda Sur. Ronda.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 62 años con antecedentes de HTA, dislipemia, cardiopatía isquémica dilatada con coronariografía en 2009 que objetiva enfermedad coronaria que precios stent en coronaria derecha con disfunción sistólica moderada (FEV1 40%) en tratamiento con emconcor, adiro 100 y seguril. Enfermedad renal crónica estadio 3 de etiología vascular mixta y gota en tratamiento con colchicina. Acude a nuestro centro de salud refiriendo dolor abdominal difuso de 5 meses de evolución que fue estudiado en Digestivo diagnosticándole de gastritis secundaria a colchicina con biopsias gástricas anodinas. Actualmente refiere agudización y con mayor duración de dolor localizado en flanco derecho que irradia a zona inguinal sin fiebre, asocia náuseas sin llegar a vomitar. Niega alteración tránsito intestinal, melenas, síndrome miccional, síndrome constitucional u otra sintomatología por aparatos.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 110/60, sat O2 basal a 97%. Regular estado general, palidez cutánea. Orientado en las tres esferas del espacio. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias, peristaltismo conservado, doloroso a la palpación del flanco derecho con empastamiento de dicha zona con dudosos signos de

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

irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. Resto sin alteraciones. Analítica: urea 89, Cr 2,04, k cr 1,6 PCR: 4 iones normales, Hb 14. leucos 20.840 con 18.500 PMN, plaquetas y coagulación normales, sedimento de orina negativo. Coprocultivos: microflora habitual. Ecografía abdominal: Edema de la pared de ciego, sin poder identificar estructura apendicular, con interposición de asas de delgado y marcada defensa del paciente a la exploración. TAC abdominal: Ciego distendido con presencia de edema difuso y concéntrico de su pared de hasta 1,2 cm de espesor máximo, presenta realce de la mucosa y de la muscular conservado. Colitis inespecífica, de probable etiología inflamatoria/infecciosa. Colonoscopia: se explora hasta ciego donde se encuentra una mucosa edematosa, con ulceraciones en colon ascendente-ciego –se toma muestra-. A 55 cm del margen anal pólipo plano de 4 mm que se quita, a 18 cm otro pólipo de unos 7 mm que se extirpa con asa. Impresiona de colitis isquémica.

Juicio clínico: Colitis isquémica.

Diagnóstico diferencial: Colitis por Clostridium difficile, colitis actínica, colitis ulcerosa, cáncer colorectal, diverticulitis aguda.

Comentario final: La colitis isquémica representa la forma más frecuente de isquemia intestinal (60-70%) con una incidencia del 4,5 y 44/105 habitantes. Su diagnostico requiere de un elevada sospecha clínica que deberá ser confirmado con pruebas complementarias. La importancia del diagnostico precoz y enfoque terapéutico desde Atención Primaria reside en su pronóstico ya que los síntomas se resuelven habitualmente en 2-3 días y las lesiones curan en 1-2 semanas. Menos del 5% presentan una recidiva a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Feuerstadt P, Brandt LJ. Colon Ischemia: Recent Insights and Advances. Curr Gastroenterol Rep. 2010;12:383-90.

2. Medina C, Vilaseca J, Videla S, Fabra R, Armengol-Miró JR, Malagelada JR. Outcome of patients with ischemic colitis: review of 53 cases. Dis Colon Rectum. 2004;47:180-4.

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