Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):5

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/401 - Doctor, doctor... ¡me duele la tripa!

S. Moreno Ruiz[a], M.Y. Sánchez del Viso[b], C.M. Viceira Martín[a], F.E. Rodríguez Almonte[a], L.E. Minier Rodríguez[a], L. Moreno Pérez[c] y J. Guevara Lara[d]

[a]Médico Residente; [b]Médico de Familia. Centro de Salud Santa María de Benquerencia. Toledo. [c]Médico Residente de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Buenavista. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 85 años sin antecedentes médicos de interés, acude a su médico de Atención Primaria por estreñimiento y dolor abdominal de 7 días de evolución. Desde entonces refiere inapetencia y debilidad generalizada. Episodios de vómitos ocasionales. Ante un cuadro de astenia y posible obstrucción intestinal se traslada a Urgencias del Hospital para estudio más exhaustivo.

Exploración y pruebas complementarias: Centro de Salud: TA: 158/82, Tª: 35,6 ºC, FC: 110, SatO2: 99%. EF: consciente y orientada. Palidez cutánea. ACP: normal. Abdomen: blando, doloroso a la palpación en flanco derecho. Hernia inguinal izquierda no complicada. Tacto rectal: esfínter normotónico, no masas, restos fecales de consistencia dura. ECG: anodino. Hospital: analítica de sangre sin hallazgos salvo: 12,2 × 10^9/L leucocitos. Rx abdomen: dilatación asas intestino grueso, ausencia de gas distal, niveles hidroaéreos. TAC abdomen: neoplasia sigma proximal con dilatación de marco colónico. Hernia inguinal izquierda con dilatación proximal de asas de intestino delgado. Ante una obstrucción intestinal secundaria a tumoración estenosante: ingreso en Cirugía General: sigmoidectomía + colostomía terminal en FII. A los dos días de la intervención comienza con disnea intensa y dificultad respiratoria con hipoxemia grave. Eco transtorácico: dilatación del VD con disfunción sistólica, se confirma con angioTAC TEP bilateral masivo. Exitus.

Juicio clínico: Neoplasia estenosante de sigma proximal.

Diagnóstico diferencial: Oclusión mecánica: extraluminal (hernias, bridas, vólvulo, invaginaciones), parietal (tumores, enfermedades inflamatorias), intraluminal (íleo biliar, fecalomas, cuerpos extraños). Íleo paralítico: adinámico (poscirugía, peritonitis, alteraciones metabólicas, lesión medular), espástico (intoxicación por plomo, porfirias). Vascular: embolia arterial, trombosis venosa, isquemia mesentérica.

Comentario final: El médico de Atención Primaria ha de saber que una correcta anamnesis y exploración física correctas hacen que no pasen desapercibidos casos de oclusión intestinal. El diagnóstico radiológico supone la prueba complementaria más importante. El tratamiento depende la causa de la obstrucción, aunque en la mayoría de los casos es quirúrgico.

Bibliografía

1. Julián Jiménez A, coord. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias, 4ª ed, 2014.
2. García-Gil D, Mensa J, Domínguez MB, Benítez JF. Terapéutica médica en Urgencias, 4ª ed.

Palabras clave: *Obstrucción. Intestino. Neoplasia.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.