



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

## 212/3099 - En la UCI por un enema

A. Sánchez de Toro Gironés<sup>a</sup>, S.I. Roncero Martín<sup>a</sup>, S. Falla Jurado<sup>b</sup>, D.L. García Santos<sup>c</sup>, L.S. Bañagasta Jaquez<sup>d</sup>, A. Carrasco Angulo<sup>b</sup>, S. Rivera Peñaranda<sup>b</sup>, A.C. Menéndez López<sup>b</sup>, L. de Castro Peral<sup>e</sup> y A. Ropero García<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mazarrón. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Torre-Pacheco. Murcia. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia. <sup>f</sup>Diplomado Universitario en Enfermería. Clínica Hemodiálisis Fresenius. El Palmar.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 75 años que consulta por estreñimiento de 8 días de evolución a pesar de medidas higiénico-dietéticas. Tras exploración física y radiografía se descarta obstrucción intestinal. Se coloca enema y tras deposiciones presenta cuadro vasovagal. Se inicia sueroterapia con recuperación parcial de TA y es valorada por Cirugía. Durante exploración por Cirugía presenta hipotensión con desconexión del medio, sudoración y vomito con trabajo respiratorio asociado, iniciando oxigenoterapia, mayor aporte de volumen, esteroides, ceftriaxona y nebulizaciones. Dada la situación de la paciente se decide ingreso en UCI.

**Exploración y pruebas complementarias:** Glasgow 15 aunque desorientada. TA 60/30, FA 78 lpm, SatO2 98% con VMK al 50%. Afebril. ACP: rítmico. Estertores bilaterales. Abdomen: globuloso, no. Analítica: leucocitos  $23 \times 10^3$ , 75% N, plaquetas 247.000, Hb 12,5 mg/dl, Hto 43%. TTPA r 1,2. Glucosa 147 mg/dl, urea 76 mg/dl, creat 1,9 mg/dl, sodio 148 mEq/l, potasio 4,2 mEq/l, pH 7,07, pCO2 31, pO2 85, HCO3 7,09. Rx tórax: sin infiltrados. Eco abdominal: dilatación de vía biliar intrahepática y extrahepática, sin observar su porción distal. TAC abdominal: hallazgos compatibles con colitis isquémica. Colonoscopia: hemorroides, colitis izquierda de probable etiología isquémica. Biopsia colónica: fragmentos de mucosa edematosa y fragmento de tejido de granulación.

**Juicio clínico:** Shock séptico de origen abdominal: colitis isquémica.

**Diagnóstico diferencial:** EEI. Colitis por *C. difficile*. Cáncer colorrectal. Diverticulitis aguda.

**Comentario final:** Durante ingreso en UCI la paciente requiere drogas inotrópicas, diálisis y VMNI con sedación. Tras cuadro de melenas con caída de Hto, Cirugía decide actitud expectante ante el estado de la paciente. Una vez descartada patología quirúrgica se coloca sonda nasogástrica y se inicia nutrición enteral, sin nuevos episodios de melenas ni dolor abdominal. Se mantiene tratamiento conservador con piperacilina/tazobactam, asumiendo cuadro séptico como origen del cuadro.

### Bibliografía

1. Elder K, Lashner BA, Al Solaiman F. Clinical approach to colonic ischemia. Cleve Clin J Med. 2009;76:401-9.
2. Sun MY, Maykel JA. Ischemic Colitis Clin Colon Rectal Surg. 2007;20:5-12.

3. Hauser SC. Las enfermedades vasculares del tracto gastrointestinal. En: Goldman L, Ausiello D. Cecil Medicina, 23<sup>rd</sup> ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007.

**Palabras clave:** *Sepsis. Estreñimiento. Colitis.*