



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3238 - UNA SONDA NASOGÁSTRICA PARA EL DOLOR ABDOMINAL

B. Haro Martínez<sup>a</sup>, P. Fernández Pérez<sup>b</sup>, C. Azofra Macarrón<sup>c</sup>, P. Castro Sandoval<sup>a</sup>, L. Moreno Suárez<sup>a</sup> e I. García Terán<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 45 años. Antecedentes: enfermedad de Crohn ileocólica. Tratamiento con imurel y entocord. IQ: fistulectomía (2000), colectomía subtotal y anastomosis ileorectal (2013) con posterior estenosis de la anastomosis precisando dilatación. Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de varias semanas de evolución, acompañado de vómitos y ausencia de deposición los días previos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Temperatura: 36,6 °C. TA: 146/88. FC: 77. Exploración: consciente y orientado. Afectado por el dolor. Delgado. Bien hidratado y perfundido. Piel y mucosas normocoloreadas. Eupneico. ACP: tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo bilateral conservado. Abdomen: distendido, depresible, doloroso a la palpación, percusión timpánica, Murphy y Blumberg negativos, no signos de peritonismo. Ruidos metálicos. No se palpan masas ni megalías. PuñoperCUSIÓN renal bilateral negativa. Hemograma: Hb 16,30, leucocitos: 11.700, plaquetas: 332.000. Bioquímica: glucosa 110, urea 46, creat 1,19, Na 137, K 5,9, TFG 60. Radiografía: niveles hidroáreos.

**Juicio clínico:** Cuadro oclusivo secundario a estenosis anastomótica en paciente con enfermedad de Crohn.

**Diagnóstico diferencial:** Brote agudo, fístula intestinal, absceso, perforación intestinal, vólvulos, hernias. Otras: adenocarcinoma, linfoma, isquemia focal segmentaria.

**Comentario final:** La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria intestinal, cuya afectación más frecuente es el íleon, pero puede presentarse en otros tramos del tracto digestivo. Las manifestaciones clínicas pueden deberse a su patrón inflamatorio, estenosante o fistulizante. Este es el motivo de la elección del caso, ante un paciente con dichos antecedentes es frecuente que la medicación endovenosa no sea suficiente para aliviar al paciente, debemos plantearnos que posiblemente debajo subyace un cuadro de estenosis en cuyo caso la descompresión abdominal mediante colocación de una sonda nasogástrica es una medida efectiva. Posteriormente se completará el estudio para comprobar la causa de la obstrucción y tomar la decisión terapéutica más adecuada. A propósito de nuestro caso, el paciente siguió presentando episodios oclusivos a pesar de realizar una dilatación de la estenosis, por lo que finalmente se sometió a una resección anastomótica.

### Bibliografía

1. Montoro Huguet M, García Pagan J. Manual de emergencias en Gastroenterología y Hepatología. Madrid: Jarpyo, 2010.
2. Montoro Huguet M, García Pagan J. Gastroenterología y Hepatología. Madrid: Jarpyo. 2012

**Palabras clave:** Enfermedad de Crohn. Oclusión intestinal. Sonda nasogástrica.