



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2392 - ALERTA ANTE UN DOLOR ABDOMINAL AGUDO

P. Barrado Sampietro^a, N. Domene Martí^a, M. Arenas Jiménez^a y M. Ribot Barrado^b

^aMédico de Familia. EAP de Sant Ildefons. Barcelona. ^bEstudiante de 6º Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 51 años, no AMC, no hábitos tóxicos. Consulta por dolor abdominal punzante, continuo, de tres días de evolución, localizado en FID, irradiado a todo el abdomen y deposiciones pastosas. No cede con metamizol. No fiebre ni vómitos.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 100/63; FC: 82; T^a: 36 °C; SO₂: 97%; BEG. ACR: normal. Abdomen: blando, depresible, dolor a la palpación en FID, signos de irritación peritoneal (Blumberg +; McBurney +), no ascitis, peristaltismo conservado. AG: leucocitos 11.900 (73,7%N); PCR: 48,72 mg/L. TAC abdominal: engrosamiento paredes colon ascendente y transversal proximal, sugestivo de colitis inespecífica. FCS: múltiples úlceras longitudinales cubiertas de fibrina con eritema y edema perilesionales, en ángulo esplénico y colon descendente, sugestivas de colitis isquémica (CI), se toma biopsia. AP: compatible con CI.

Orientación diagnóstica: Colitis isquémica.

Diagnóstico diferencial: Isquemia intestino delgado, colitis infecciosa, enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis, enteritis por radiación, carcinoma de colon.

Comentario final: La isquemia intestinal está causada por una reducción del flujo sanguíneo con aporte insuficiente de oxígeno y nutrientes por oclusión arterial aguda, trombosis mesentérica (con afectación del intestino delgado) o isquemia colónica no oclusiva. La CI es la más frecuente y transitoria. Prevalente en mujeres adultas. Áreas afectadas: ángulo esplénico y unión rectosigmoidea. Sospecha ante dolor abdominal bajo con diarreas sanguinolientas o hematoquecia. 15% desarrolla necrosis y gangrena, potencialmente mortal: impone diagnóstico y tratamiento rápidos. Posibles complicaciones: estenosis o colitis isquémica crónica (20%). Indicado colonoscopias de seguimiento. Factores de riesgo (no siempre identificables): edad, instrumentación/cirugía aortoiliaca, bypass cardiopulmonar, IAM, enfermedad arterial periférica, hemodiálisis, trombofilia, fármacos (inductores del estreñimiento, inmunomoduladores, drogas), ejercicio extremo/deshidratación, fístula A-V mesentérica o malformación. Una historia clínica con factores de riesgo asociados y un examen físico inducen a sospechar una CI. Se confirma con TAC (descartando otros diagnósticos) y colonoscopia (con biopsia). Arteriografía infrecuente. Bases del tratamiento: medidas de soporte (reposo intestinal), causas precipitantes (evitando agentes vasoconstrictores) y antibióticos empíricos de amplio espectro. Anticoagulantes en trombosis venosa mesentérica o tromboembolismo cardíaco. Cirugía: si deterioro clínico o evidencia de necrosis. Pronóstico: según gravedad, distribución y comorbilidades.

Bibliografía

1. Grubel P, et al. Colonic ischemia. www.uptodate.com (consultado en junio 2018).
2. Tendler D, et al. Overview of intestinal ischemia in adults. Ibid.

Palabras clave: Colitis. Isquemia.