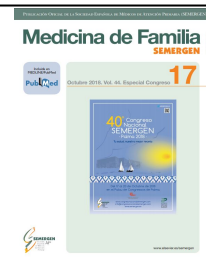




# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/1067 - EL CASO DEL NIÑO PEZ GLOBO

M. Rivas de la Torre<sup>a</sup>, R. Yera Cano<sup>b</sup>, R. Salmerón Latorre<sup>a</sup> e I. Marín Serrano<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda. Jaén. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Jaén. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Jaén.

### Resumen

**Descripción del caso:** Niño de 10 años que acude a Urgencias Hospitalarias por gran distensión y dolor abdominal junto con diarrea en 3 ocasiones sin productos patológicos que no mejoran con tratamiento pautado desde Atención primaria desde hace 3 días. Vómitos al inicio del cuadro ya resueltos, con última deposición esta misma mañana y afebril durante el proceso. En tratamiento con butilbromuro de escopolamina y metoclopramida e Ibuprofeno cada 8 horas desde hace 3 días. No AP ni AF de interés, tampoco IQ.

**Exploración y pruebas complementarias:** Peso 57 kg, regular estado general, eupneico, sin lesiones dérmicas, BHyP. Afebril. ACR; tonos rítmicos y sin soplos, MVC, no ruidos patológicos. Abdomen; dolor a la palpación de forma generalizada, sin defensa ni peritonismo ni rigidez de pared, no masas ni megalias, Blumberg negativo. Tacto rectal con ampolla vacía. Gran distensión abdominal, sin apreciar ascitis, PPRB negativa, con ausencia de RHA y percusión timpánica global. Radiografía urgente: distensión abdominal importante a expensas de colon, hasta recto-sigma. Analítica: leucocitos 11.580, neutrófilos 57%, Nt 6.650. Hb 14,8 g/dl. Coagulación normal. I Pr 71%. Parámetros renales e ionograma normal. ALT 57. AST 43, PCR 5,8 mg/L. Ecografía; importante dilatación intestino grueso con contenido únicamente gaseoso, pequeñas láminas de líquido inter-asas, de carácter reactivo. Sin signos de sufrimiento parietal intestinal. Se administran enemas rectales con sonda rectal intermitente junto con medidas de hidratación y analgesia.

**Orientación diagnóstica:** Pseudoobstrucción Intestinal farmacológica, secundario al uso de anticolinérgicos.

**Diagnóstico diferencial:** Megacolon congénito, íleo obstructivo, enfermedad inflamatoria intestinal, GEA, invaginación intestinal, heces, parásitos, hipotiroidismo.

**Comentario final:** Es importante conocer la etiología farmacológica como motivo de Íleo paralítico o adinámico, en este caso con anticolinérgicos frecuentes como el butilbromuro de escopolamina (buscapina) por su acción antiespasmódica sobre el músculo liso del tracto gastrointestinal. Así como su uso restringido en edad pediátrica, sabiendo que no debe administrarse de forma continuada o durante periodos de tiempo largos sin conocer la causa del dolor abdominal.

### Bibliografía

1. Guerrero Fernández J. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría, 5<sup>a</sup> ed. 2009.

2. Maroto N, Garrigues V. Oclusión y seudoclusión intestinal. Asociación Española de Gastroenterología.
3. Tratado de Pediatría de Nelson, 16ª ed. McGraw-Hill, 2004.

**Palabras clave:** Íleo paralítico. Distensión abdominal. Anticolinérgicos.