



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3187 - SUBOCCLUSION INTESTINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Palacín Prieto^a, M. Martínez Díaz^b, L. Tomás Ortiz^c y J. Ramos González^b

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Unión. Cartagena. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Cartagena.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 74 años con AP de HTA, DM tipo 2, infarto lacunar y aneurisma de aorta abdominal de 5,5 cm, en tratamiento con antidiabéticos orales, antihipertensivos y antiagregantes plaquetarios. Intervenido de colecistectomía y apendicectomía. Acude a urgencias por estreñimiento de 4 días de evolución y dolor abdominal no irradiado ni relacionado con la ingesta ni movimientos, con náuseas sin vómitos ni fiebre asociada.

Exploración y pruebas complementarias: Presenta cierta palidez cutánea, no mucosa. Consciente y orientado. TA 120/65. SaO₂ 97%. AC: rítmico con soplo sistólico III/VI en foco aórtico. AP: murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Neurológico: sin signos de focalidad neurológica. Abdomen: depresible y doloroso con cierta defensa más acusada en meso e hipogastrio. Peristaltismo disminuido. Masa pulsátil dolorosa a nivel mesogastrio. Tacto rectal: dedil sin restos de heces ni melenas. Analítica: Hb 9,5, resto hemograma normal. Iones normales. PCR 1,3, resto normal. Rx abdomen: aumento de aire en marco cólico con niveles hidroaéreos y con imagen compatible a vólvulo de sigma. TAC: aneurisma aorta abdominal estable 5,5 cm. Aumento de aire en colon sin vólvulo de sigma.

Orientación diagnóstica: Cuadro de suboclusión intestinal.

Diagnóstico diferencial: Rotura de aneurisma abdominal, vólvulo de sigma, carcinoma colorrectal.

Comentario final: Durante su estancia en urgencias, se inició reposición hidroeléctrica, analgesia intravenosa y colocación de sonda nasogástrica y rectal con mejoría significativa a las 2 horas permaneciendo en sala de observación. El cuadro suboclusivo intestinal se trata de una urgencia médica, debido al alto riesgo de complicaciones intestinales que conlleva y riesgo de perforación intestinal. En cuanto al manejo, requiere valoración por parte de equipo de cirugía y descartar abdomen agudo y es de prioridad comenzar con la descompresión mediante sonda nasogástrica y reposición hidroeléctrica, y monitorizar la evolución. En nuestro caso, el paciente era de alto riesgo debido a la presencia de aneurisma de aorta abdominal y mayor riesgo de rotura debido al cuadro intestinal.

Bibliografía

1. Maroto N, et al. Oclusión y pseudooclusión intestinal. Disponible en: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/27_Oclusion_y_seudooclusion.pdf

Palabras clave: Oclusión intestinal. Vómitos. Dolor abdominal. Estreñimiento.