



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/2399 - ELA Y DOLOR ABDOMINAL: ¿TIENE QUE TRASLADARLO, DOCTOR?

J. Cobo Barquín¹, J. Rodríguez Cobo², H. Mendes Moreira³ y M. Gago Manteca⁴

¹Médico de Familia. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. Asturias. ²Médico Residente de Cirugía Maxilofacial. Santander. Cantabria. ³Médico de Familia. Servicio de urgencias del HUCA. Oviedo. Asturias. ⁴Enfermera de Neurociencia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 72 años con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) de predominio espinal alto, con reducción de movilidad importante de EE.SS. y EE.II., en tratamiento con VNI mediante traqueostomía desde 2014, que convive con su mujer en un piso. Múltiples ingresos por mal manejo de secreciones. Hipertenso. Exfumador desde hace 8 años de 50 paquetes/año. No bebedor de alcohol. El paciente presentó un cuadro de dolor abdominal en aumento, de 3 días de evolución, con estreñimiento y aumento del perímetro abdominal de forma llamativa, sin fiebre ni otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias: Se acudió a su domicilio donde el paciente se encontraba sentado en el sofá, con claros signos de dolor y distensión abdominal. A la auscultación abdominal, presentaba ruidos metálicos en todo el marco colónico. Su familia nos preguntó si era necesario trasladar al paciente a Urgencias Hospitalarias, dada la dificultad del traslado con la VNI. En Urgencias presentaba un hemograma con discreta leucocitosis, bioquímica (hiponatremia 129 mEq/L) y coagulación dentro de la normalidad, con Rx simple y decúbito lateral de abdomen, con patrón obstructivo. Tras enemas de limpieza, el paciente presentó discreta mejoría, por lo que se decidió realizar colonoscopia de urgencia.

Orientación diagnóstica: En un principio, desde la urgencia de Atención Primaria, la clínica nos orientaba hacia estreñimiento pertinaz en paciente con ELA, que tras exploración de signos, fue derivado a Urgencias por sospecha de síndrome suboclusivo, que de inicio se pensó en un vólvulo intestinal de sigma, para posteriormente confirmarse un síndrome de Ogilvie, dilatación del intestino grueso, sin obstrucción mecánica, que se asocia normalmente a patología médica grave.

Diagnóstico diferencial: Estreñimiento pertinaz, síndrome suboclusivo, vólvulo Intestinal, síndrome de Ogilvie.

Comentario final: El síndrome de Ogilvie es una dilatación del intestino grueso, sin obstrucción mecánica, que se asocia normalmente a patología médica grave. Lo que más nos llamó la atención del caso fue el intento por parte de su familia de no derivar al paciente, dada la complejidad del traslado si no era estrictamente necesario, ya que en principio parecía un estreñimiento, como el de otras ocasiones. Se planteó un problema de decisión en la derivación, que acertadamente, y por la exploración abdominal, se supo afrontar con acierto.

Bibliografía

1. Santos Sánchez JA, Martín Martín L, García Alonso J. Síndrome de Ogilvie. Presentación de un caso y revisión de la literatura médica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007;42(3):188-91.

Palabras clave: Suboclusión. Síndrome de Ogilvie. Vólvulo intestinal. Estreñimiento pertinaz.