

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

424/3583 - CUÁNDO PENSAR EN LA COLITIS ISQUÉMICA

M. Felizardo de Gouveia¹, M. Ricote Belichón², G. Viera Herrera¹ y L. Vázquez López³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. ²Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 70 años con antecedentes de angina vaso-espástica Prinzmetal, dislipemia, hipertensión arterial y apendicectomía, tratada con diltiazem 240 mg, nitroglicerina sublingual, atorvastatina/ezetimiba 40/10 mg y ácido acetilsalicílico 100 mg. Fue vista en su domicilio por dolor abdominal difuso de tres horas de evolución, de inicio súbito, progresivo hasta hacerse muy intenso, continuo, acompañado de una deposición diarreica sanguinolenta sin náuseas ni vómitos. Fue derivada de forma urgente a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente presentaba mal estado general, estaba consciente y orientada en las tres esferas. Hipotensa (TA 95/62 mmHg), taquicárdica (112 lpm), saturación 94%, apirética. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos. Miembros inferiores: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Pulso pedio palpable y simétrico. Abdomen globuloso, doloroso y con defensa a la palpación y con ruidos hidroaéreos disminuidos.

Orientación diagnóstica: Abdomen agudo.

Diagnóstico diferencial: Colitis isquémica. Obstrucción intestinal. Diverticulitis complicada. Colecistitis complicada.

Comentario final: Es esencial en Atención Primaria el correcto manejo del abdomen agudo y diferenciar un caso quirúrgico de uno médico ya que el manejo del primero debe hacerse en las primeras horas tras la aparición de los síntomas. Debemos sospechar colitis isquémica en todo paciente con dolor abdominal leve/moderado, rectorragia o diarrea sanguinolenta y defensa abdominal leve/moderada que además presente alguno de estos factores: edad avanzada, arteriosclerosis, estados de bajo gasto, fibrilación auricular, enfermedad valvular cardiaca, cirugía abdominal reciente, infecciones intraabdominales recientes y tumores malignos. Aunque el 85% son leves y el tratamiento es conservador debemos derivar de forma urgente pues un 15-20% precisan cirugía, con una mortalidad perioperatoria alrededor del 50%. En nuestro caso, el diagnóstico final fue de colitis isquémica y la orientación diagnóstica correcta llevó a la derivación de la paciente al servicio de urgencias en un tiempo aceptable para aplicar el tratamiento quirúrgico necesario.

Bibliografía

1. Burgos Marín J, et al. Dolor Abdominal. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias, 6^a ed. Barcelona. Elsevier. Capítulo 48; p. 311-23.

2. Sánchez Prida N, et al. Isquemia Mesentérica Aguda. En: García Sanz MT, Ibero Esparza C. Manual de urgencias, SANED, 2018. Capítulo 62, p. 550-5.

Palabras clave: Colitis. Isquemia.