

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

424/1060 - DOCTORA, VOMITO VERDE

R. Valle Martos¹, E. Romero-Amor Costa², C. Figueras López¹ y M. Leal Salido³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuencarral. Madrid.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Fuencarral. Madrid.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón 44 años que acudió por vómitos verdosos, de tres días de evolución. Deposiciones diarreicas al inicio sin productos patológicos. Dolor abdominal tipo cólico. Intolerancia oral. Sospecha de obstrucción intestinal. Derivación a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Estable hemodinámicamente. Abdomen llamativamente distendido, ruidos hidroáreos disminuidos, dolor generalizado, sin signos irritación peritoneal. Analítica: Hb 16,6, leucos 12,2 (neutrófilos 72%), PCR 198, creatinina 1,69, enzimas hepáticas normales. Radiografía bipedestación: niveles hidroáreos. TAC: obstrucción intestinal, primera posibilidad enfermedad de Crohn. Eco intestinal: EC ileal estenosante- fistulizante, datos de actividad.

Orientación diagnóstica: Gran sospecha diagnóstica de obstrucción simplemente por la exploración y anamnesis. Cuadro que precisa valoración urgente. Las pruebas de imagen nos confirman el diagnóstico y nos dan la etiología.

Diagnóstico diferencial: Nuestro paciente no tenía antecedentes quirúrgicos intrabdominales, lo que descarta causa por bridas. En la anamnesis no refiere síndrome constitucional, sangre en heces, antecedente de anemia, tenesmo rectal...sin poder esto descartar al completo la opción de neoplasia. Ausencia de factores de riesgo cardiovascular (FA), dolor no característico de isquemia mesentérica, aunque también sería necesario descartarlo. Ausencia de antecedentes referidos de dolor abdominal crónico, deposiciones patológicas u otra clínica compatible con estenosis por enfermedad inflamatoria crónica. Edad del paciente sobrepasa primer pico incidencia de EC. Por último, es posible una pseudoobstrucción por ileo paralítico por gastroenteritis aguda, clínica aparentemente presente. Éste debe ser diagnóstico de exclusión tras descartar de manera certera el resto de opciones.

Comentario final: El paciente podía ser dirigido y con un juicio clínico bastante probable simplemente por anamnesis y exploración, apoyándonos en una radiografía de abdomen en decúbito y bipedestación.

Bibliografía

- UpToDate 2017 [Nov 2017; May 2019]. Disponible en: <https://www-upToDate-com.m-hulp.a17.csinet.es/contents/epidemiology-clinical-features-and-diagnosis-of-mechanical-small-bowel-obstruction-in-adults>

2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Palabras clave: Vómitos. Dolor abdominal. Obstrucción.