



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

## 482/1696 - SUBOCLUSIÓN INTESTINAL POR ADHERENCIAS: EL DOLOR DE SIEMPRE

R. González Lucas<sup>1</sup>, E. Román García<sup>1</sup>, J. Zieleniewski Centenero<sup>2</sup> y P. Molina Castillo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archena. Archena. Murcia. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archena. Archena. Murcia. <sup>3</sup>Residente de 2<sup>º</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molina Sur-Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 41 años con antecedentes personales de hipertensión y dislipemia, ileostomía transitoria en 2007 por perforación intestinal tras accidente de tráfico y fractura de fémur. Acudió a urgencias por presentar dolor en flanco derecho y fosa ilíaca derecha de tipo cólico, de inicio progresivo de 3 días de evolución, que se irradiaba hacia mesogastrio, asociado a náuseas sin vómitos. No deposiciones en los últimos 3 días. No otra sintomatología. El paciente impresionaba de buen estado general, pero refería que era el mismo dolor que tenía cuando desarrollaba suboclusiones intestinales. Derivamos a urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: afebril, tensión arterial 140/90 mmHg, abdomen globuloso, parcialmente depresible, doloroso a la palpación profunda de forma difusa, especialmente en hemiabdomen derecho, no claro signos de irritación peritoneal. Murphy negativo. Resto anodino. Radiografía simple de abdomen: meteorización de marco cólico con presencia de niveles hidroaéreos. Valorado por cirugía, que introdujo sonda nasogástrica y sonda rectal con mejoría clínica y radiológica posterior. El paciente quedó ingresado durante 3 días, mejorando el dolor y dándose por resuelto el cuadro suboclusivo.

**Orientación diagnóstica:** Suboclusión intestinal por adherencias.

**Diagnóstico diferencial:** 1. Suboclusión intestinal. 2. Apendicitis aguda. 3. Perforación intestinal. 4. Estreñimiento no complicado.

**Comentario final:** Es de gran importancia una correcta anamnesis y conocimiento de los antecedentes del paciente para orientar un diagnóstico de forma correcta. La suboclusión intestinal se define como la dificultad parcial del paso de contenido a través del tubo digestivo. Presenta una sintomatología similar a la obstrucción completa, pero los pacientes tienen ruidos hidroaéreos y pueden eliminar gases. La causa más frecuente son las adherencias o bridas posoperatorias, seguidas de los tumores malignos y las hernias externas. Es importante conocer que si la causa de la obstrucción son las adherencias, se debe intentar tratamiento conservador en las primeras 48 horas y a partir de estas, estaría indicada intervención quirúrgica urgente, por lo que el tiempo es un factor crítico a tener en cuenta.

### Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez F, Aguilar Humanes F. Medicina de urgencias y emergencias. 2018.

**Palabras clave:** Obstrucción intestinal. Dolor abdominal. Radiografía abdominal.