

# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/1563 - A PROPÓSITO DEL ESTREÑIMIENTO PERTINAZ

A. Ruiz Nicolás<sup>1</sup>, A. García Ros<sup>1</sup>, E. Zapata Ledo<sup>2</sup> y E. Esparza Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco Antiguo. Cartagena. Murcia.<sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco Antiguo. Cartagena. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 79 años, hipertenso, dislipémico, diagnosticado de depresión y trastorno de ansiedad generalizada, intervenido de hernioplastia inguinal bilateral. Tratamiento con rosuvastatina, trazodona, sertralina, alprazolam, irbesartán, lormetazepam y tamsulosina. Desde hace años viene presentando estreñimiento crónico que ha manejado con laxantes orales, enemas y dieta con fibra. Coincidiendo con empeoramiento del ánimo, incrementa por su cuenta la dosis de antidepresivos, y añade paracetamol/tramadol por dolor artrósico. De madrugada acude a Urgencias con dolor abdominal brusco, cólico, generalizado, asociando náuseas y vómitos y distensión abdominal, a las 3h de cenar.

**Exploración y pruebas complementarias:** Abdomen distendido, timpánico, hipoperistalsis con ruidos metálicos, difusamente doloroso sin defensa ni irritación peritoneal. Tacto rectal normal. Rx abdomen: grandes niveles hidroaéreos con edema interosas y dilatación de delgado en pila de monedas. Analítica: creatinina 1,44, PCR 3,33, leucocitos 12.320 (78%N). Se instaura analgesia, sondaje nasogástrico e hidratación, con mejoría clínica. Es reevaluado por Cirugía y, con diagnóstico de pseudobstrucción por adherencias resuelta, es dado de alta con observación. A las 48h el paciente regresa con empeoramiento del dolor, vómitos y mayor distensión abdominal. Destaca la ausencia total de ruidos abdominales. No mejora con opiáceos, decidiendo ingreso. TC abdomen: dilatación difusa gástrica, duodenal y hasta tercio medio de yeyuno con edema parietal, sin objetivar masas ni estenosis, moderado gas rectal. El paciente mantiene sondaje, se retiran fármacos sospechosos y se instaura analgesia, con evolución satisfactoria y dado de alta.

**Orientación diagnóstica:** Íleo funcional de etiología farmacológica.

**Diagnóstico diferencial:** Otras causas de íleo paralítico, íleo obstructivo, pseudoclusión intestinal.

**Comentario final:** La interacción farmacológica a menudo puede ocasionar cuadros de difícil diagnóstico diferencial por el amplio abanico de causas posibles. Es habitual en ancianos con psicofármacos donde la interacción (anticolinérgicos + opiáceos) complica cuadros de estreñimiento crónico y evolución insidiosa. La presentación clínica puede ser similar cuando además existen antecedentes quirúrgicos que justifican la clínica y contribuyen al retraso diagnóstico y al manejo terapéutico. Existen algunos datos sutiles en la exploración y los exámenes complementarios que pueden orientar el caso clínico.

### Bibliografía

1. Daniali M, Nikfar S, Abdollahi M. An overview of interventions for constipation in adults. Expert Review of Gastroenterology & Hepatology. 2020;14(8):721-32.

**Palabras clave:** Íleo paralítico. Íleo funcional. Pseudoclusión intestinal.