



447/20 - VÓMITOS EN EL ANCIANO

V. Rodríguez Rodríguez¹, C. Fernández García²

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Boal y Centro de Salud Navia. Asturias. ²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villayón. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 93 años parcialmente dependiente para las ABVD, hipertensa, ITUs de repetición, con FA permanente y episodio de insuficiencia cardíaca en 2014. Comienza con vómitos alimentarios, inapetencia de un día de evolución y desorientación leve con lo que la familia avisa al médico de guardia para valoración. Tras la exploración decide mantener una actitud expectante, administrar metoclopramida y recoger orina para descartar posible ITU. Ante la insistencia de los familiares de valoración hospitalaria, se decide solicitar ambulancia para traslado sin acompañamiento sanitario. En el transcurso desde que se solicita la ambulancia hasta su llegada se produce un empeoramiento del estado general con episodio sincopal de unos minutos de duración con recuperación espontánea posterior.

Exploración y pruebas complementarias: Palidez mucocutánea. Afebril. TA 151/123 FC 103 lpm. Auscultación cardíaca arrítmica con SS foco aórtico. AP: normal. Abdomen con molestias en hipocondrio derecho sin claro Murphy. Resto normal. Analítica: glucosa 294 mg/dL, amilasa 609 U/L, lipasa 2,127 U/L, fosfatasa alcalina 119 U/L, ALT 143 U/L, GGT 349 U/L, bilirrubina total 2,1 mg/dL; Brb directa 1,1 mg/dL; troponina T 26 ng/L (108 ng/ml a las cuatro horas), NTproBNP 1.067, Hb 10,6 g/dL; HTO 35,2%; VCM 77,2 fL; HCM 23,2 pg; leucocitos 33.020×10^3 /L. Rx tórax: sin alteraciones. ECG: descenso del ST más marcado que en ECG previos. SS orina: piuria y hematuria intensa. Urocultivo: S. aureus multisensible. Ecografía abdominal: quiste simple de unos 30 mm en LHD. Vesícula en “reloj de arena” de paredes engrosadas con imágenes milimétrica hiperecogénicas sin sombra sugestivas de microlitiasis. TC abdominal: calcificaciones en cabeza pancreática en relación con pancreatitis crónica. Prominencia de la vía biliar intrahepática y del conducto pancreático. Vesícula biliar distendida con paredes hipercaptantes sin otros signos de colecistitis aguda. Lesión hipodensa en segmento 8 hepático sugestivo de quiste. Evolución: tras reposo digestivo, sueroterapia y tratamiento antibiótico inicial para la ITU con piperacilina/tazobactam durante 7 días, posteriormente amoxicilina/clavulánico y ciprofloxacino se normalizan la analítica, con función hepática dentro de la normalidad y se procede al alta de la paciente. Se solicitó también valoración al servicio de Cardiología por probable isquemia cardíaca en contexto de pancreatitis, que dada la edad y las comorbilidades de la paciente no se plantean medidas adicionales de tratamiento.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda biliar. Probable isquemia cardiaca secundaria. ITU. Hiperglucemia. Anemia microcítica hipocrómica.

Comentario final: Los signos y síntomas clásicos de las patologías agudas abdominales suelen estar ausentes en los ancianos. Si bien las ITU son una de las infecciones adquiridas en la comunidad más comunes en esta población, debemos realizar siempre una correcta anamnesis teniendo en cuenta que la clínica en estos

pacientes suele tener poca relación con el posterior diagnóstico, siendo frecuente que los síntomas sean poco expresivos, estén muy atenuados o no aparezcan.

Bibliografía

Bassy Iza N, Rodríguez Solis J, Esteban Dombriz MJ, Chaves López R. Abdomen agudo. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG); Varios autores. Tratado de Geriatría para residentes. 2007; p. 567-73.