



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/105 - CUANDO EN UN ANCIANO NO TODO ES UN FECALOMA

V. Arenas Cambroneró^a, M. Fuertes Pérez^b, M. Guzmán García^b, L. Márquez Quero^c, A. Sánchez Reche^b y M. Plana Jiménez^c

^aMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Ciudad Real III. ^bMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Ciudad Real II. ^cMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Ciudad Real I.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 90 años, hipertensa, obesa, que se moviliza en silla de ruedas, con FA anticoagulada y antecedentes de cardiopatía isquémica, acude a su centro de salud por presentar desde la madrugada náuseas con vómitos, mareo sin giro de objetos y ligera cefalea. Ha tomado sulpirida en su domicilio, pero continúa con importante sensación de mareo y nauseosa. Ante la clínica presentada y la exploración, en la que destaca incapacidad de la paciente para ponerse en pie no existente previamente, se deriva a urgencias, donde la paciente no muestra informe de MAP. Se realiza analítica de sangre, y radiografías de tórax y abdomen, y se administra metoclopramida intravenosa. En el transcurso de la obtención de resultados, la paciente es atendida por dos médicos diferentes. El segundo de ellos aprecia fecaloma en la radiografía, se aplica un enema, siendo eficaz. Ante la estabilidad hemodinámica y la mejora de las náuseas, se decide alta con diagnóstico de fecaloma y vértigo periférico y seguimiento por el MAP, a quien la paciente regresa a la mañana siguiente, continuando con náuseas, mareo y cefalea. A la exploración, continúa destacando lateralización a la izquierda. Se remite de nuevo a urgencias hospitalarias, especificando en informe los hallazgos encontrados, e indicando a la paciente que lo muestre a su llegada. En urgencias, se realiza una nueva exploración neurológica. Ante la dificultad de la paciente para ponerse en pie, se explora la estabilidad del tronco en sedestación, apreciándose deriva persistente del cuerpo hacia la izquierda. Se solicita TC craneal con cuyos resultados se cursa ingreso en geriatría con heparina profiláctica y acenocumarol 300 mg.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 173/87, SatO₂ basal 96%. Consciente y orientada en las 3 esferas. Colaboradora. No alteraciones del habla. Pares craneales conservados. Pupilas isocóricas y normorreactivas. No alteraciones de fuerza ni sensibilidad. Lateralización del cuerpo hacia la izquierda. Imposible explorar la marcha. ACP: arrítmica, 60 lpm, soplo sistólico aórtico, MVC, sin ruidos sobreañadidos. Analítica: destaca INR 1,6. Radiografía de tórax y abdomen. TC craneal: hipodensidad en hemisferio cerebeloso izquierdo, sugestivo de lesión isquémica.

Juicio clínico: Isquemia cerebelosa izquierda en territorio vascular de pica.

Diagnóstico diferencial: Vértigo, estreñimiento, ACVA.

Comentario final: Se pretende destacar la importancia de una correcta exploración realizada en AP, además de establecer buenos canales de comunicación entre otros servicios, puesto que derivar a los pacientes con una correcta y bien especificada orientación diagnóstica puede suponer la diferencia en el tratamiento del paciente. En este caso concreto, la falta de informe desde AP, ser atendida por varios médicos en Urgencias y

la edad avanzada de la paciente dificultaron la orientación correcta, de una patología que presenta de por sí complicaciones diagnósticas por su presentación clínica inespecífica.

Bibliografía

1. Infarto cerebeloso: Pronóstico y complicaciones de sus territorios vasculares. Neurología. 2012;27:330-5.