



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-698 - OCLUSIÓN INTESTINAL POR BOTULISMO, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO PARA EL CIRUJANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Castaño Ortega, Juan Carlos; López González, Ruth; González Santin, Verónica; Beisani Pellise, Marc; Caballol Pons, Nuria; Castellvi Valls, Jordi

Consorci Sanitari Integral-Hospital de l'Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat.

Resumen

Objetivos: Descripción de un caso infrecuente de oclusión intestinal en un paciente y revisión de la literatura publicada al respecto.

Caso clínico: Varón de 62 años sin antecedentes quirúrgicos previos que acude a urgencias por ausencia de deposiciones y distensión abdominal de 4 días de evolución. A la exploración física muestra un abdomen distendido, timpánico y sin peritonismo. Analíticamente destaca únicamente una proteína C reactiva de 50 mg/L y en la radiografía abdominal se aprecia importante dilatación gástrica y de asas de intestino delgado en patrón de pilas de moneda. Se orienta como un cuadro oclusivo intestinal sin criterios de alarma y se coloca sonda nasogástrica que evidencia débito de 2 L. Por ausencia de antecedentes quirúrgicos, se realiza TC de abdomen que muestra un cambio de calibre en asas ileales en flanco derecho, sugestivo de brida congénita. Ante los hallazgos, se decide intervención quirúrgica urgente. En el momento de la valoración preoperatoria se objetiva un cuadro de hipotensión y diplopía, por lo que ante la sospecha de accidente cerebrovascular se solicita angio-TAC, que no evidencia patología. Se decide mantener en observación con tratamiento conservador hasta resolución del cuadro neurológico. A las 24h, el paciente presenta empeoramiento clínico añadiéndose ptosis palpebral, cambios en la voz, midriasis bilateral, arreflexia generalizada y signos de fatigabilidad muscular. Se realiza anamnesis dirigida a posibles causas del cuadro neurológico, evidenciando que el paciente ha estado ingiriendo comida enlatada de forma habitual. Ante la sospecha de cuadro botulínico, y tras valoración por Neurología, se administra antídoto y se ingresa al paciente en medicina intensiva para monitorización. Se confirma el diagnóstico mediante muestra de sangre y heces. Durante su estancia en UCI recibe soporte ventilatorio tipo VMNI por presentar atelectasia en base pulmonar derecha, a pesar de ello el paciente presenta una mejoría progresiva del cuadro neurológico, pasando a la planta de neurología al 6º día de ingreso en UCI. Es dado de alta sin otras complicaciones al 11º día de ingreso.

Discusión: El síndrome oclusivo intestinal es una de las patologías más prevalentes en urgencias de cirugía por lo que es esencial para el cirujano conocer su fisiopatología y tratamiento. Presentamos un caso de oclusión por botulismo, una entidad muy inusual que se puede manifestar como un íleo paralítico o, debido a su afectación segmentaria, sugerir una brida como es en este caso. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico está contraindicado. Ante la sospecha clínica se debe solicitar valoración por Neurología y realizar tratamiento de la enfermedad sistémica. La intoxicación por

toxina botulínica, aunque de forma poco frecuente, puede simular un cuadro de oclusión intestinal. Una anamnesis y exploración físicas exhaustivas junto a un buen diagnóstico diferencial y una participación por parte de un equipo multidisciplinar pueden guiarnos para identificar este diagnóstico atípico y aplicar así las medidas terapéuticas adecuadas. Si revisamos la literatura solamente hemos encontrado 1 caso publicado similar al nuestro por lo que creemos importante reportar este para añadir conocimiento a la comunidad científica.