



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 210/132 - PUES AL FINAL, SÍ ERA QUIRÚRGICO...

S. Falla Jurado<sup>a</sup>, A. Carrasco Angulo<sup>b</sup>, A. Sánchez de Toro Gironés<sup>c</sup>, D.L. García Santos<sup>d</sup>, L.S. Bañagasta<sup>e</sup> y V. Mateo Cañizares<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mazarrón, Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia. <sup>f</sup>Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria de Urgencias del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 70 años que consulta por dolor intenso, punzante, intermitente y acompañado de dispepsia en epigastrio tras ingesta, se acompaña de náuseas y algún episodio de vómitos, sin ninguna otra clínica acompañante. Refiere cuadros similares previos por los que no ha consultado. Ante la clínica y la radiografía con niveles aéreos se deriva urgencias para completar estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y orientada, afectada por el dolor. Normohidratada, normocoloreada, eupneica en reposo. ACP: tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, sin masas ni megalias, peristaltismo presente sin signos de irritación peritoneal. Doloroso a la palpación en epigastrio con defensa. Radiografía abdominal AP y en bipedestación: dilatación de asas de delgado y presencia de niveles hidroaéreos. Ecografía abdominal: sin hallazgos significativos. TAC abdominal: compatible con obstrucción intestinal con cambios de calibre a nivel de íleon terminal.

**Juicio clínico:** Obstrucción intestinal secundaria a brida. Divertículo de Merckel.

**Diagnóstico diferencial:** Íleo biliar, síndrome de Ogilvie, sepsis intraabdominal. Neumonía.

**Comentario final:** Ante sospecha de obstrucción intestinal la paciente pasa a camas de observación con bomba analgésica y pendiente de valoración por cirugía. Tras valoración y realización de ecografías sin hallazgos significativos es dada de alta por cirugía. La paciente vuelve a consultar en varias ocasiones por el mismo cuadro clínico y finalmente hasta la realización de TAC abdominal el servicio de cirugía no cataloga el cuadro de obstrucción intestinal y no realiza la cirugía.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Eisen G, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JA, Johanson JF. Acute colonic pseudoobstruction. *Gastrointest Endosc.* 2002;56:789-92.

2. Accarino A, Malagelada JR. Obstrucción intestinal, íleo y pseudoobstrucción intestinal crónica. En: Berenguer, ed. Gastroenterología y Hepatología. Madrid, Harcourt 2002;280-9.
3. Nolan DJ. Special topic: Gastroenterologic radiology. The true yield of the small intestinal barium study. Endoscopy. 2000;29:447-53.
4. Umschaden HW, Szolar D, Gasser J, Umschaden M, Haselbach H. Small bowel disease: comparison of MR ente-roclysis images with conventional enteroclysis and surgical findings. Radiologyk. 2000;215:717-25.