



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

264/17 - OBSTRUCCIÓN ABDOMINAL Y DIARREA. UNA COMBINACIÓN POSIBLE

F. Alarcón Porras^a, M. Luna Moreno^b y E. Rodríguez Guerrero^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Córdoba. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 89 años, viudo. Dependiente para las actividades básicas de la vida diaria con buen apoyo familiar, convive con un hijo. Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2, enfermedad de Parkinson, hiperplasia benigna de próstata, fibrilación auricular. No hábitos tóxicos. Tratamiento: metformina 850 mg/12, glimepirida 4 mg/24h, rasagilina mesilato 1 mg/24h, rivaroxaban 10 mg/24h, digoxina 0,25 mg, omeprazol 20 mg/24h, furosemida 40 mg/24h, hierro oral, haloperidol. Avisan al servicio de Urgencias de Atención Primaria por náuseas y malestar general de horas de evolución. El paciente presentaba diarrea de 2 semanas de evolución que en las últimas horas se había vuelto acuosa de escasa cuantía y acompañado de distensión abdominal.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general. Eupneico en reposo. Consciente, orientado y alerta. Correcta hidratación de piel y mucosas. Pulsos normales. Auscultación cardiorrespiratoria con tonos arrítmicos sin otros hallazgos. Abdomen blando y depresible, algo distendido, sin masas ni megalias. Dudoso sonido metálico a la auscultación. Normotenso. No fiebre. Se administró metoclopramida intramuscular en su domicilio. Se recomienda observación domiciliaria y ante empeoramiento o signos de alarma volver a consultar. Acude a urgencias hospitalarias dos días después con vómitos y mala tolerancia oral, realizándose las siguientes pruebas complementarias. Análisis de sangre en urgencias: Hb 10,3 g/dL, VCM 73 fL, plaquetas 418.000, leucocitos 5.940, glucosa 283 mg/dL, urea 56 mg/dL, creatinina 0,90 mg/dL, sodio 140 mmol/L, potasio 2,4 mmol/L, AST 13 U/L, amilasa 31 U/L, CK 33 UI/L, LDH 157 U/L. Radiografía de abdomen anteroposterior y en decúbito lateral con rayo horizontal: se observa retención de gran cantidad de gas en intestino delgado y colon con asas uniformemente dilatadas y presencia generalizada de niveles hidroaéreos. Ante la situación clínica y las pruebas realizadas, se sospecha cuadro suboclusivo intestinal, por lo que se aplica sonda rectal descompresiva, obteniéndose dos bolsas de gas y heces líquidas. Se decide ingreso hospitalario para continuar con tratamiento y reposición de potasio.

Juicio clínico: Íleo paralítico secundario a hipopotasemia.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis aguda, isquemia mesentérica aguda, obstrucción intestinal.

Comentario final: El dolor abdominal, la distensión y las náuseas/vómitos son los síntomas más habituales que definen la existencia de un síndrome oclusivo intestinal. Con frecuencia ante la

presencia de diarrea no se tiene en cuenta la posibilidad de íleo paralítico, si bien una causa frecuente del mismo es la hipopotasemia, a su vez causada por las pérdidas hidroelectrolíticas propias de los cuadros eméticos y diarreicos agudos.

Bibliografía

1. Maroto N, Garrigues V. Oclusión y pseudooclusión intestinal. En: Montoro MA, García Pagán JC. Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica, 2ª ed. Madrid: Jarpyo; 2012. p. 373-82.
2. Palomar Alguacil V, Jiménez Murillo L, Palomar Muñoz MC, De Burgos Marín J, Montero Pérez FJ. Obstrucción intestinal. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 321-23.
3. Del Río Solá ML, González-Fajardo JA, Vaquero Puerta C. Isquemia mesentérica aguda. Diagnóstico y tratamiento. *Angiología*. 2015;67(2):133-9.