



242/2220 - DISTENSIÓN ABDOMINAL CON NOMBRE PROPIO

E. Molina Hurtado^a, I. Poyato Zafra^a y J. Marín Relaño^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 77 años, dependiente para las actividades diarias con antecedentes personales de HTA, cardiopatía hipertensiva con función ventricular conservada (FEVI 76%) DM2 en tratamiento con olmesartán/hidroclorotiazida y metformina, intervenido quirúrgicamente de prótesis de rodilla derecha hace 2 semanas. Acude a servicio de Urgencias por presentar cuadro de distensión abdominal progresiva y dolor abdominal difuso de mayor intensidad en flanco derecho de carácter continuo y de menos de 48 horas de evolución. No refiere cambios en el hábito deposicional ni productos patológicos en heces, habiendo realizado última deposición esa mañana.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general. Eupneico en reposo. PA 145/92, FC 88 lpm, SO₂ 98% T 36,4 °C. No presenta ictericia ni palidez mucocutánea. ACR: tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos. MVC sin ruidos patológicos. Abdomen: distendido, doloroso a la palpación de forma difusa. No signos de peritonismo. No masas ni visceromegalias. RHA ligeramente aumentados. No cicatrices previas, no hernias. No ascitis. MMII: no edemas, no signos de TVP. Analítica: Hemograma y coagulación sin alteraciones. Bioquímica: PCR 12,1. Tacto rectal: esfínter normotónico con ampolla rectal ocupada por heces de características normales. Rx abdomen: dilatación de colon ascendente y transversal con diámetro máximo de 10 cm. Ante la sospecha de obstrucción intestinal mecánica se practicó TC abdominal que descartó causa mecánica obstructiva y no se encontraron signos radiológicos de perforación o isquemia intestinal, líquido libre o colecciones a otros niveles. Se pauto dieta absoluta, sonda nasogástrica y sondaje rectal efectivo con evolución favorable y buen control radiológico.

Juicio clínico: Síndrome de Ogilvie.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial de la pseudobstrucción aguda de colon debe hacerse fundamentalmente con la obstrucción mecánica de colon y el megacolon tóxico.

Comentario final: Esta entidad requiere un alto índice de sospecha y su distinción de la obstrucción mecánica de colon. Hay que resaltar que el conocimiento temprano y el tratamiento rápido en muchas ocasiones conservador disminuyen significativamente la mortalidad.

Bibliografía

1. Saunders MD, Kimmey MB. Systematic review: acute colonic pseudo-obstruction. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005;22:917-25.
2. De Giorgio R, Barbara G, Stanghellini V, Tonini M, Vasina V, Cola B, et al. The pharmacologic treatment of acute colonic pseudoobstruction. *Aliment Pharmacol Ther.* 2001;15:1717-27.

Palabras clave: Distensión abdominal. Pseudoobstrucción colon. Ogilvie.