



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/2670 - UNA MARISCADA PARA RECORDAR

C. Zorzano Martínez<sup>a</sup>, B. Gonzalo García<sup>b</sup>, A. Gorostidi Sesma<sup>c</sup>, C. Bonilla Barrera<sup>d</sup>, M. Prieto Aranguren<sup>e</sup> y L. Bea Berges<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes de Lara. Logroño. La Rioja. <sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. Logroño. La Rioja. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Siete Infantes de Lara. Logroño. La Rioja. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud 7 Infantes de Lara. Logroño. La Rioja. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Logroño. La Rioja. <sup>f</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Logroño. La Rioja.

## Resumen

**Descripción del caso:** Hombre 71 años, acude a urgencias derivado por su médico de Atención Primaria por cuadro de dolor abdominal de 4 días de evolución con respuesta parcial al manejo ambulatorio. En la consulta refiere 2 deposiciones escasas. Náuseas sin vómitos. Afebril. Hipertenso, dislipémico. Tratamiento: hidroclorotiazida, fenofibrato.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, orientado, normohidratado y normocoloreado. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: Blando, depresible. Percusión timpánica. No masas ni visceromegalias. Palpación dolorosa en fosa iliaca derecha con defensa. Peristaltismo disminuido. Bioquímica, coagulación: normal. Hemograma: leucocitos: 16.000. Proteína C reactiva 144. ECG: ritmo sinusal a 72 lpm. Rx abdomen: niveles e imagen densidad calcio superpuesta a nivel de fosa iliaca derecha. Ecografía abdominal: cambios de aspecto edematoso en ciego, pequeña cantidad de líquido libre, dilatación de asas intestinales del íleon distal. TC abdominal: cuerpo extraño en íleon terminal con dilatación retrograda de las asas por cuadro oclusivo-suboclusivo y líquido libre local por sufrimiento de las asas.

**Juicio clínico:** Obstrucción/perforación íleon terminal por cuerpo extraño.

**Diagnóstico diferencial:** Neoplasia, apendicitis, adherencias, isquemia mesentérica, peritonitis, enfermedad inflamatoria intestinal.

**Comentario final:** El abdomen agudo es frecuente en atención primaria y hasta la mitad de las consultas del medio hospitalario. De los vistos en urgencias, el 16% necesitará cirugía, aumentando en edades avanzadas. La obstrucción intestinal requiere una rápida evaluación y tratamiento por tratarse de una situación de urgencia, por ello, es importante una historia clínica y examen físico exhaustivos previo a pruebas complementarias. Los síntomas característicos son el dolor abdominal tipo cólico con mejoría tras los vómitos. El dolor podrá ser constante y localizado conforme progresa. Otros síntomas podrían ser estreñimiento y ausencia de expulsión de gases. La auscultación es fundamental; sonidos peristálticos hiperactivos y metálicos con percusión timpánica. Analítica

normal en fases iniciales. Primera exploración a realizar: radiografía simple de abdomen en decúbito y bipedestación. La ecografía y el TC serán para mejorar la localización en la cirugía. El tratamiento consistirá en corregir trastornos hidroelectrolíticos y metabólicos, la descompresión intestinal y la realización de cirugía urgente. En nuestro caso fue necesario resección de intestino delgado con anastomosis íleo-transversa.

### **Bibliografía**

1. Peña Aldea A. Obstrucción de intestino delgado. *Medicine*. 2008;10(6):371-8.
2. Álvarez Delgado A. Oclusión intestinal. *Medicine*. 2012;11(6):347-54.

**Palabras clave:** Obstrucción. Abdomen agudo. Estreñimiento.