



O-022 - MÁS ALLÁ DE LOS SÍNTOMAS "COMUNES" ABDOMINALES

K.P. Baldeón Cuenca^a, M. García Aroca^b, M. Montes Pérez^a y J. Villar Ramos^a

^aCS Besaya. ^bCS Los Dolores.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 81 años que acude a Consulta de Atención Primaria refiriendo aumento de perímetro abdominal, dolor abdominal y estreñimiento de 5 días de evolución. Respecto a sus antecedentes personales, no constan alergias medicamentosas, hipertenso, diabético tipo 2, demencia moderada con vida cama-sillón con escasa deambulación, fibrilación auricular paroxística, polimialgia reumática, ceguera tras intervención de quiste optoquiasmático. Intervenciones quirúrgicas: craneotomía, pólipos sigmoideos, resección transuretral por hiperplasia benigna de próstata. Tratamiento actual: risperidona 1 mg; clorazepato dipotásico 5 mg; apixaban 2,5 mg; metformina 850 mg; prednisona 5 mg; enalapril 20 mg y atorvastatina 20 mg. Se realiza una exploración física exhaustiva y tacto rectal, a la vista de los resultados se decide derivar a Urgencias, donde se realiza analítica, radiografía abdominal, colonoscopia.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, consciente, desorientado en tiempo y espacio, normocoloreado y normohidratado. Tensión Arterial: 140/70 mmHg; frecuencia cardíaca: 78 lpm; Temperatura: 36,8 °C. Cabeza y cuello: No Ingurgitación yugular, no adenopatías, no soplo carotídeo. Auscultación cardíaca: arrítmico, con soplo sistólico. Auscultación pulmonar: MVC. Abdomen: distendido, timpánico, doloroso a la palpación, ruidos intestinales ausentes. Miembros inferiores: anodino. No focalidad neurológica. Tacto rectal: sin heces, ni hematoquecia. No masas. Analítica: Hb 11,2; Hto 34,5; leucocitos de 9.300; K 1,4; Ca 6,9, Na 151 e hipovitaminosis D. Rx abdomen: dilatación de colon descendente y sigma. Colonoscopia: no se observa volvulación, sobre colon repleto de heces.

Juicio clínico: Seudoobstrucción aguda de colon: síndrome de Ogilvie.

Diagnóstico diferencial: Vólvulo colónico, megacolon tóxico, colitis infecciosa, megacolon adquirido crónico.

Comentario final: El síndrome de Ogilvie o pseudo-obstrucción aguda de colon se debe por una dilatación aguda o subaguda causando un cuadro clínico obstructivo mecánico sin datos de causa orgánica que justifique su obstrucción. Hasta en el 90-95% de los casos está asociado a una enfermedad subyacente (ancianos, infecciones graves, enfermedades neurológicas como el Parkinson o el Alzheimer, intervenciones quirúrgicas previas, enfermedades vasculares...). La mortalidad intrahospitalaria se acerca en algunas series al 25-35% y aumenta cuanto mayor es el diámetro intestinal afectado, ya que se incrementa el riesgo de isquemia y perforación; de ahí la importancia para el médico de su diagnóstico y tratamiento precoces. Dentro de los cuadros de

abdomen agudo, uno de los más frecuentes es la oclusión intestinal, completa o incompleta, que constituye entre el 20-35% de los ingresos urgentes de las áreas quirúrgicas hospitalarias. Su alta incidencia hace que el médico de atención primaria conozca de manera exhaustiva este síndrome, así como las diferentes formas de presentación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bucio Velázquez GL. Síndrome de Ogilvie: conceptos actuales. *Revista Mexicana de Coloproctología*. 2011;17:17-24.
2. Harrison M, Anderson M, Appalaneni V, et al. The role of endoscopy in the management of patients with known and suspected colonic obstruction and pseudo-obstruction. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2010;71:669-79.