



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



423/3 - LA ALMEJA ASESINA

M. Real Campaña¹, M. Bajo Escudero², M. Franco Calderón³

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz. Andalucía,

²Medicina Familiar y Comunitaria. SCCU Hospital Puerto Real. Cádiz. ³Medicina Familiar y Comunitaria. SCCU Hospital Puerto Real. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 84 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal difuso, náuseas y vómitos de 3 días de evolución que relaciona con la ingesta de una concha de una almeja. No fiebre. Reacciones alérgicas medicamentosas: claritromicina. Situación basal: adecuada para la edad del paciente. Enfermedades de interés: hipertensión, dislipemia, bypass aortobifemoral, arteriopatía periférica. Tratamiento habitual: enalapril, cilostazol, ácido acetilsalicílico, simvastatina y ranitidina.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, consciente, orientado y colaborador, bien hidratado y perfundido, taquipneico en reposo, palidez mucocutánea. Tensión 65/42, frecuencia cardiaca 130 lpm. Auscultación cardiaca: ruidos cardiacos taquicárdicos a 130 lpm. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos Exploración abdominal: ruidos hidroaéreos ausentes. Abdomen distendido, doloroso a la palpación con defensa. Hernia umbilical parcialmente reductible sin signos de estrangulación. Hemograma: hemoglobina 12,80 g/dL, leucocitos 12.660/uL con desviación izquierda, plaquetas 426.000/uL, coagulación normal. Bioquímica: glucosa 206 mg/dL, urea 80 mg/dL, creatinina 2,2 mg/dL, sodio 136 mmol/L, potasio 5,3 mmol/L, amilasa 120 U/L, glutámico oxalacético transaminasa 42 U/L, glutámico pirúvico transaminasa 20 U/L, gamma glutamil transpeptidasa 37 U/L, bilirrubina total 0,90 mg/dL, proteína C reactiva 1,38 mg/dL. Creatinina previa 1,29 mg/dL. Gasometría venosa: pH 7,15, pCO₂ 43 mmHg, pO₂ 37 mmHg, lactato 6,4 mmol/L, bicarbonato 15 mmol/L. Radiografía de abdomen: dilatación de asas intestinales. Tomografía computarizada de abdomen: signos de obstrucción intestinal secundarios a engrosamiento parietal concéntrico de un segmento de colon descendente y probable cuerpo extraño endoluminal impactado en esta localización. Pequeña cantidad de líquido libre, no signos de neumoperitoneo. Neumatosis intestinal. Diverticulosis colónica. Pequeña hernia de hiato.

Juicio clínico: Obstrucción intestinal. Cáncer de colon.

Diagnóstico diferencial: Isquemia mesentérica aguda. Vólvulo intestinal.

Comentario final: La obstrucción intestinal es una urgencia que requiere una rápida identificación e intervención. Las causas incluyen neoplasias, procesos inflamatorios (diverticulitis), impactación fecal o vólvulos. Es importante diferenciar la obstrucción colónica del íleo así como distinguir entre una verdadera obstrucción mecánica de una pseudoobstrucción puesto que el tratamiento será

diferente. El paciente con obstrucción intestinal presentará distensión abdominal, náuseas, vómitos, y dolor abdominal intenso. El manejo incluye sueroterapia, antibioterapia, colocación de una sonda nasogástrica e intervención quirúrgica. Debido a la inestabilidad hemodinámica del paciente no fue posible realizarse una intervención quirúrgica. Dado el pronóstico infausto por las características de la patología que presentaba se consensuó con la familia limitación de esfuerzo terapéutico falleciendo a las 5 horas de su llegada a urgencias.

Bibliografía

Large-Bowel Obstruction: Practice Essentials, Background, Pathophysiology [Internet]. Emedicine.medscape.com. 2019 [acceso 15 January 2019]. Disponible en: [https://emedicine.medscape.com/article/774045-overview?src = medscapeapp-android&ref = email](https://emedicine.medscape.com/article/774045-overview?src=medscapeapp-android&ref=email)