



## 210/74 - DESPUÉS DEL SUPOSITORIO NO HAY ALIVIO RÁPIDO Y EFICAZ DEL ESTREÑIMIENTO

M. Pancorbo Carro<sup>a</sup>, A.A. Ruíz-Risueño Montoya<sup>b</sup>, J. Sánchez Sánchez<sup>c</sup>, L. Úbeda Cuenca<sup>b</sup>, M. Rodríguez Márquez<sup>d</sup> y V. Mateos Cañizares<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de San Javier. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año. Centro de Salud de San Javier.

<sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud de Los Alcázares. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud de Torre Pacheco Oeste. <sup>e</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 47 años con inserción hace 3 años de DIU Mirena y abdominoplastia hace 6 meses, sin tratamiento crónico que consulta por dolor abdominal hipogástrico súbito tras ponerse un supositorio de glicerina efectivo tras 2 días de estreñimiento, lo cual realiza de manera rutinaria desde hace años. El dolor lo define como tipo cólico, acompañado de náuseas con un primer vómito de contenido alimenticio en la consulta. Sin sintomatología previa. No fiebre. Se pone analgesia intravenosa a la paciente sin mejoría y se deriva a través del 112 a urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y orientada, BEG, muy afectada por el dolor, normohidratada, normocoloreada, eupneica en reposo. AC: rítmica y sin soplos, AP: MVC. Abdomen: peristaltismo conservado, no ruidos de lucha, blando, depresible, sin masas ni megalias, dolor a la palpación en hipogastrio, no signos de irritación peritoneal (Blumberg, Rovsing, psoas y Murphy negativos), PPRB negativo, pulsos femorales presentes y simétricos, con constantes normales. Se le realiza hemograma, bioquímica, orina con test de gestación negativo y coagulación con resultados normales y ecografía abdominal donde se aprecia mínimo contenido de líquido libre de distribución difusa, subhepático, interasas y pelvis, con asas distendidas que podría corresponder a sigma redundante o asas de delgado tras resultados se realiza TC de abdomen con contraste con datos de obstrucción intestinal en FID por probable brida-hernia interna con signos de sufrimiento intestinal, y mínima cantidad de líquido intraperitoneal. Se opera de urgencias.

**Juicio clínico:** Obstrucción intestinal.

**Diagnóstico diferencial:** Adherencias por operaciones quirúrgicas previas, hernias que contengan intestinos, enfermedad de Crohn, neoplasias benignas o malignas, torsiones, cuerpos extraños, impactación de heces, enfermedad diverticular, embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica.

**Comentario final:** El dolor abdominal en pacientes con antecedentes de cirugías abdominales previas debe hacernos sospechar en posibles complicaciones postoperatorias ya sean tempranas o

tardías y sospechar una obstrucción intestinal.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Farreras Valentí P, Ausina V, Navarro-López F, Callejas JM, Nogué S, Carmena R. Farreras: Medicina Interna. 15ª ed. Barcelona: Elsevier; 2004.
2. Rodríguez García JL, Arévalo Serrano J, Jiménez Mena M, Azaña Defez JM. Green Book: Diagnóstico, Tratamiento Médico: Marban; 2012.
3. Carlavilla Martínez AB. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 6ª edición. Madrid: MSD, 2009.