



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

329/178 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ENTERITIS AGUDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

M. Gras Ruíz¹; G. Fernández Molina²; R. Sánchez Ochoa¹; A. Campaña Moreno²; M. Aneri Vacas¹; L. González Cosano¹.

¹Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba. ²Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rute. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 72 años con antecedentes personales de HTA, DM tipo 2, hipercolesterolemia e histerectomía con doble anexectomía hace 20 años. Acude a urgencias por dolor epigástrico tipo cólico de 3 días de evolución continuo, que se irradia a ambos flancos. Náuseas sin llegar a vomitar, no alteración del hábito intestinal, no coluria ni acolia. No otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: Afebril, TA 173/90 mmHg, abdomen globuloso, blando, depresible y doloroso a la palpación profunda en epigastrio y zona periumbilical, no masas ni megalias, peristaltismo conservado, no signos de peritonismo. Resto normal. Radiografía simple de abdomen: meteorización de marco cólico derecho con presencia de gas distal, líneas del psoas conservadas, pequeña asa de intestino delgado con aspecto inflamatorio. Se decide pedir radiografía de abdomen en bipedestación donde se evidencian niveles hidroaéreos con presencia de gas distal. Ante los hallazgos se decide volver a historiar a la paciente que nos comenta ingesta de boquerones en vinagre hace 5 días. Analítica de sangre (Hemograma, bioquímica y coagulación): destaca únicamente leucocitosis de 13.390/μl (N 90,3%, L 5,7%, E 8,2%). Perfil hepático, colestásico y pancreático dentro de la normalidad. Valoración por cirujano de guardia que indica realización de TAC abdominal urgente donde se evidencia: signos de oclusión de intestino delgado con cambio de calibre relacionado con un engrosamiento parietal de un segmento corto de íleon de aspecto inespecífico y líquido libre. Ante tales hallazgos se decide ingreso en observación con sospecha de suboclusión intestinal por enteritis por Anisakis, por la eosinofilia y los antecedentes de ingesta de pescado no procesado. Ante el empeoramiento clínico de la paciente al día siguiente, se decide intervención de urgencia donde se evidencia síndrome adherencial de íleon a pelvis, en relación con la cirugía previa, sin objetivarse ningún segmento de intestino delgado con engrosamiento parietal ni cuerpo intraluminal.

Juicio clínico: Suboclusión intestinal por adherencias.

Diagnóstico diferencial: Enteritis por Anisakis, suboclusión por bridas, neoplasia intestinal.

Comentario final: Destacar en este caso sobre todo la importancia de una correcta lectura de la

radiografía simple de abdomen que nos puede dar mucha información y ayudarnos a decidir si realizar más pruebas complementarias. También realizar una correcta anamnesis sin olvidarnos de los antecedentes personales de los pacientes como integrantes de la historia, así como la epidemiología. Y por último la correcta realización de un diagnóstico diferencial que nos permita buscar y descartar tanto las patologías más frecuentes como las no tan prevalentes.

Bibliografía

-Maroto N, Garrigues V. Oclusión y seudoclusión intestinal. En: Montoro M, García JC (eds). Gastroenterología y hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2ª Ed Jarpyo Editores. 2012. pp 373-82. [Citado 10 marzo 2018]. Disponible en: http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/27_Oclusion_y_seudoocclusion.pdf

-De Burgos C, De Diego MA, Llorente E, Novo del Castillo S. Obstrucción intestinal por Anisakis simplex. Medicina de Familia. SEMERGEN 2006;32:141-5.