



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/214 - Dolor abdominal con asistencia interniveles

M. Sierras Jiménez^a, S.F. Morales Rincón^b, E. Barbero Rodríguez^c y S. Moreno Carrasco^a

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Zona Norte. Granada. ^bMédico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Zona Norte. Granada. ^cMédico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Zona Norte. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 63 años que acude a nuestra consulta por cuadro de dolor abdominal generalizado, tipo cólico, intensidad moderada, desde el día anterior. Refiere que comenzó de forma súbita, en epigastrio y acompañado de cortejo vegetativo. Inicialmente cede con analgesia habitual pero posteriormente comienza con vómitos, en 8 ocasiones, de contenido alimentario sin productos patológicos. Permanece afebril y niega otra sintomatología. Pautamos tratamiento sintomático. Al día siguiente acude de nuevo por empeoramiento clínico. Refiere 24 horas si deposiciones ni ventoseo. Ante estos nuevos datos, decidimos derivar a Urgencias para completar con estudio de imagen urgente. En el Servicio de Urgencias se realiza analítica general, radiografía de abdomen y finalmente TAC abdominal debido al mal estado general y la persistencia de la clínica pese al tratamiento intravenoso. Finalmente se llega al diagnóstico de obstrucción intestinal en asa cerrada por hernia interna, con signos de isquemia intestinal. Se realiza interconsulta a Cirugía General, realizándose resección y anastomosis primaria.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general. Consciente, orientado y colaborador. Palidez mucocutánea. Eupneico. Afebril. Normotenso. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen con cierta defensa, ligera distensión abdominal, doloroso a la palpación de forma generalizada, aunque acentuado en FID, no masas ni megalias. Murphy negativo. Blumberg positivo. Signo del psoas negativo. Ruidos intestinales disminuidos. Analítica general: destaca 14.600 leucocitos con 92% de polimorfonucleares. Resto sin interés. Radiografía simple de abdomen: asas de Intestino delgado dilatadas sin gas distal. TAC abdomen: obstrucción intestinal de delgado localizada en íleon terminal con dos puntos de transición y dilatación de asas anterógradas al primero sugerente de obstrucción en asa cerrada. Existe dolicosigma apreciando que el segmento intestinal localizado entre los dos puntos de transición se localiza en mesosigma por lo que se trata de hernia interna probablemente intersigmoidea. Existen signos de isquemia intestinal del segmento herniado con hemorragia submucosa en el estudio sin contraste intravenoso e hipoperfusión parietal tras la administración del mismo, igualmente asocia líquido entre asas, edema de mesoíleon e ingurgitación de vasos. Marco cólico de calibre normal. Resto de la exploración sin alteraciones significativas. Obstrucción intestinal en asa cerrada por hernia interna, probablemente intersigmoidea con signos de isquemia intestinal del segmento herniado.

Juicio clínico: Obstrucción intestinal y hernia intersigmoidea isquémica.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis aguda versus apendicitis aguda.

Comentario final: Usamos este caso como ejemplo de la importancia de una adecuada comunicación interniveles asistenciales, en este caso entre el médico de Atención Primaria en el Centro de Salud y el Servicio de Urgencias, especialmente en aquellos casos en los que la situación clínica del paciente nos haga sospechar de patología urgente y necesitemos hacer uso de los medios técnicos oportunos de los cuales no disponemos en nuestros centros habituales de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Actuación en Atención Primaria. 4ª ed. SemFYC; 2011.