



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1583 - DETERIORO DEL NIVEL DE CONCIENCIA COMO MANIFESTACIÓN DE PATOLOGÍA NO NEUROLÓGICA

J. Ballesta Lozano<sup>a</sup>, M.M. Antonio González<sup>b</sup>, M. Vigil Velis<sup>c</sup>, M. Solana Palazón<sup>d</sup>, J.M. Serrano Navarro<sup>e</sup>, L. Monteagudo González<sup>f</sup>, L.M. González<sup>g</sup>, A.D. Branchina Núñez<sup>h</sup>, E. Ruíz García<sup>a</sup> y S. Herreros Juárez<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza Oeste y Hospital Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Servicio Murciano de Salud. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Medicina Intensivista. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza-Oeste. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. <sup>f</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Infante. Murcia. <sup>g</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. <sup>h</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infante. Murcia. <sup>i</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza-Oeste. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 69 años, que acude a su Centro de Atención Primaria por deposiciones oscuras. AP: No AMC. HTA. Alcoholismo crónico. Exfumador. EPOC enfisematoso. Hemocromatosis hereditaria en tratamiento con sangrías cada 4 meses. Poliartrosis. Tratamiento crónico: candesartan/HCT 32/12,5, bromuro de tiotropio, fomoterol, paracetamol/tramadol, diclofenaco/misoprostol. Enfermedad actual: en consulta de Atención Primaria, refiere cuadro de deposiciones de características oscuras de 3 días de evolución con episodios de dolor abdominal difuso, astenia e hiporexia. En el momento de la exploración, empeoramiento con dolor abdominal, disminución del nivel de conciencia y estupor. Se avisa a 061, trasladándose el paciente a Servicio de Urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 98/57. FC 110. SatO<sub>2</sub> 89%. T 37 °C. FR 30. Glasgow 10. Cianosis acra y palidez mucocutánea. Lívedo reticularis en partes declives. No ingurgitación yugular. Ac. rítmico, taquicárdico, no soplos. Ap. hipoventilación generalizada con ruido de secreciones altas. Abdomen: globuloso con distensión y timpanismo sin palpar organomegalias. Ruidos hidroaéreos ausentes. Tacto rectal sin evidencia de melenas ni hematoquecia. Mmii: no edemas ni signos de TVP. Hemograma: Hb 14. Pla<sub>q</sub> 204.000. Leucos 8.840 (86N). Bioquímica: Glu 100. Creat 4,9. Urea 102. Na 127. K 4,7. Orina: 250 eritrocitos. GSV. pH 6,88. pO<sub>2</sub> 30. pCO<sub>2</sub> 89. HCO<sub>3</sub> 14. EB -19 Lactato 10,4. Coagulación: Ap 60% INR 1,38. ECG: taquicardia sinusal a 120 lpm, sin alteraciones de la repolarización ni bloqueos. Rx tórax: tubo orotraqueal a 2 cm de carina, Vía venosa en subclavia derecha. ICT normal. No infiltrados ni derrame pleural. Ecografía abdominal: dilatación de asas intestinales con mínimo líquido libre. TAC abdominal: neumoperitoneo moderado sin detectar el nivel, junto con afectación vascular difusa de características isquémicas que afecta a todos los órganos.

**Juicio clínico:** Isquemia mesentérica masiva. Fallo multiorgánico. Exitus letalis.

**Diagnóstico diferencial:** Rotura o disección de aorta abdominal. Colitis ulcerosa. Enfermedad de Crohn. Peritonitis. Obstrucción intestinal. Shock distributivo: sepsis, anafilaxia, shock tóxico, shock medular, crisis adisoniana, coma mixedematoso. Shock cardiogénico: IAM, arritmias, miocarditis, rotura valvular o anomalías del septo. Shock hipovolémico traumático o no traumático. Shock obstructivo: tromboembolismo pulmonar, pericarditis constrictiva, taponamiento cardiaco, miocardiopatía restrictiva, neumotórax a tensión.

**Comentario final:** Desde urgencias dado su mal estado general se procede a IOT e ingresa a cargo a medicina intensiva por shock refractario a tratamiento. Tras realización de técnicas de imagen, se decide realizar laparotomía exploradora que muestra isquemia/necrosis de todo el intestino delgado y perforación de ciego. Ante esta situación se informa a la familia y el paciente queda en UCI, donde se produce el éxitus.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Parilla P, García Olmo D, Aguayo JL. Marbán Libros. Colitis Isquémica. Patología quirúrgica. Vol 4. Madrid: Marbán. p. 2255-8.
2. Tendler DA. Overview of intestinal ischemia in adults. MurciaSalud [sede Web]. UptoDate. 2001 [última actualización 22 Octubre 2014 acceso 17 de mayo de 2015].
3. Gaieski D. Evaluation of and initial approach to the adult patient with undifferentiated hypotension and shock. UptoDate. 2001 [última actualización 16 de Abril 2015 acceso 17 de mayo de 2015].