



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^a, M.M. Antonio González^b, M. Vigil Velis^c, M. Solana Palazón^d, J.M. Serrano Navarro^e, L. Monteagudo González^f, L.M. González^g, A.D. Branchina Núñez^h, E. Ruíz García^a y S. Herreros Juárezⁱ

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza Oeste y Hospital Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. ^bMédico de Familia. Servicio Murciano de Salud. Murcia. ^cMédico de Medicina Intensivista. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza-Oeste. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Infante. Murcia. ^gMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. ^hMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infante. Murcia. ⁱMédico 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. SatO₂ 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_q 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. pO₂ 30. pCO₂ 89. HCO₃ 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].