



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2740 - La isquemia silente

J.F. García García^a, C. Celada Roldán^b, A.E. Pérez Díaz^c, A. Sánchez Gallego^d, A. Delgado García^e, M.S. Fernández Guillén^f, M.N. Plasencia Martínez^g y E. Vertiz González^h

^aMédico Residente de 1^{er} año. Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena.

^bMédico Residente de 2^o año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena.

Murcia. ^cMédico de Familia. Médico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena. ^dMédico

Digestivo Residente de 1^{er} año. Hospital Santa Lucía. Cartagena. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina de

Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco Antiguo. Cartagena. Murcia. ^fMédico Residente de 2^o año de

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. Murcia. ^gMédico Residente 1^{er} año de

Medicina de Familia. Centro de Salud San Antón. Cartagena. ^hMédico Residente 1^{er} año de Medicina de Familia.

Centro de Salud Ronda Sur. Ronda.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 62 años con antecedentes de HTA, dislipemia, cardiopatía isquémica dilatada con coronariografía en 2009 que objetiva enfermedad coronaria que precisó stent en coronaria derecha con disfunción sistólica moderada (FEV1 40%) en tratamiento con emconcor, adiro 100 y seguril. Enfermedad renal crónica estadio 3 de etiología vascular mixta y gota en tratamiento con colchicina. Acude a nuestro centro de salud refiriendo dolor abdominal difuso de 5 meses de evolución que fue estudiado en Digestivo diagnosticándole de gastritis secundaria a colchicina con biopsias gástricas anodinas. Actualmente refiere agudización y con mayor duración de dolor localizado en flanco derecho que irradia a zona inguinal sin fiebre, asocia náuseas sin llegar a vomitar. Niega alteración tránsito intestinal, melenas, síndrome miccional, síndrome constitucional u otra sintomatología por aparatos.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 110/60, sat O2 basal a 97%. Regular estado general, palidez cutánea. Orientado en las tres esferas del espacio. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias, peristaltismo conservado, doloroso a la palpación del flanco derecho con empastamiento de dicha zona con dudosos signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. Resto sin alteraciones. Analítica: urea 89, Cr 2,04, k cr 1,6 PCR: 4 iones normales, Hb 14. leucos 20.840 con 18.500 PMN, plaquetas y coagulación normales, sedimento de orina negativo. Coprocultivos: microflora habitual. Ecografía abdominal: Edema de la pared de ciego, sin poder identificar estructura apendicular, con interposición de asas de delgado y marcada defensa del paciente a la exploración. TAC abdominal: Ciego distendido con presencia de edema difuso y concéntrico de su pared de hasta 1,2 cm de espesor máximo, presenta realce de la mucosa y de la muscular conservado. Colitis inespecífica, de probable etiología inflamatoria/infecciosa. Colonoscopia: se explora hasta ciego donde se encuentra una mucosa edematosa, con ulceraciones en colon ascendente-ciego - se toma muestra-. A 55 cm del margen anal pólipo plano de 4 mm que se quita, a 18 cm otro pólipo de unos 7 mm que se extirpa con asa. Impresiona de colitis isquémica.

Juicio clínico: Colitis isquémica.

Diagnóstico diferencial: Colitis por *Clostridium difficile*, colitis actínica, colitis ulcerosa, cáncer colorectal, diverticulitis aguda.

Comentario final: La colitis isquémica representa la forma más frecuente de isquemia intestinal (60-70%) con una incidencia del 4,5 y 44/105 habitantes. Su diagnóstico requiere de una elevada sospecha clínica que deberá ser confirmada con pruebas complementarias. La importancia del diagnóstico precoz y enfoque terapéutico desde Atención Primaria reside en su pronóstico ya que los síntomas se resuelven habitualmente en 2-3 días y las lesiones curan en 1-2 semanas. Menos del 5% presentan una recidiva a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Feuerstadt P, Brandt LJ. Colon Ischemia: Recent Insights and Advances. *Curr Gastroenterol Rep.* 2010;12:383-90.
2. Medina C, Vilaseca J, Videla S, Fabra R, Armengol-Miró JR, Malagelada JR. Outcome of patients with ischemic colitis: review of 53 cases. *Dis Colon Rectum.* 2004;47:180-4.