



242/818 - SÍNDROME INTESTINAL FATAL

A. Sánchez Reche^a, M. Fuertes Pérez^b, V. Arenas Cambrónero^c, M. Guzmán García^d, L. Márquez Quero^a y M. Plana Jiménez^e

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real I. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real II. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real III. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona II. Torreón. Ciudad Real. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real I.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 89 años que acude acompañada de su hija a la consulta de Atención Primaria por cuadro de 4-5 deposiciones diarreicas, sin productos patológicos, de 2 semanas de evolución, acompañado de dolor abdominal, tipo cólico generalizado. Su hija refiere que presenta disminución de diuresis de dos días de evolución. Se decide en consenso con la familia, actitud clínica conservadora. Antecedentes: no alergias medicamentosas conocidas. HTA, DM II, dislipemia. FA crónica anticoagulada. Hernia de hiato. Síndrome depresivo. Tratamiento habitual: insulina Aspart, repaglinida, metformina, vildagliptina, acenocumarol, amlodipino, valsartán, furosemida, omeprazol, trazodona, paroxetina.

Exploración y pruebas complementarias: TA 131/49. FC 60. T^a 36,1 °C. Regular estado general. Consciente y orientada. Palidez de piel y mucosas. No ictericia. AC: arritmica, sin soplos. AR: MVC, roncus dispersos. ABD: ruidos metálicos. Blando, doloroso a la palpación de forma generalizada, timpanismo a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias. Puñopercusión lumbar bilateral negativa. Tacto rectal no realizado por la nula colaboración de la paciente. ECG: FA a 60 lpm. Rx abdomen: obstrucción intestinal distal. Analítica: leucocitos 18.000. Segmentados 85,6%. Hemoglobina 8,3. Plaquetas 412.000 Tiempo de protrombina 22,9 segundos. Actividad de protrombina 41,0%. aTTP 26,6 segundos. INR 1,99 INR. Urea 113 mg/dl. Creatinina 1,89 mg/dl. GOT 58. GPT 31 UI/L. Bilirrubina total 1 mg/dl. LDH 286 UI/L. Orina: bacteriuria intensa. Procalcitonina 0,5-2.

Juicio clínico: Sepsis en probable relación con obstrucción intestinal.

Diagnóstico diferencial: Isquemia aguda por estrangulación, isquemia mesentérica.

Comentario final: La paciente presentó un deterioro del estado general, asociando anuria y desconexión del medio. Falleció horas después en domicilio. En pacientes ancianos con comorbilidades importantes, puede pasar inadvertida una entidad como la obstrucción intestinal, cuya fisiopatología se puede desarrollar en 3 fases: inicial o lesional, reaccional o de estado y fase de fracaso, pudiendo llegar a la muerte por fallo multiorgánico. Es fundamental desde cualquier nivel

asistencial y más concretamente, desde Atención Primaria, aplicar medidas preventivas para realizar un diagnóstico y tratamiento precoces.

Bibliografía

1. Pacheco García JM, Mayo Ossorio MA, Vázquez Gallego JM. Íleo intestinal. *Medicine*. 2016;12(7):346-62.
2. Muñoz Tornero M, Antón Ródenas G, Carballo Álvarez F. Protocolo diagnóstico del dolor agudo y crónico en hipocondrio derecho. *Medicine*. 2016;12(8):457-62.

Palabras clave: Diarrea. Arritmia. Anuria.