



242/3659 - DOLOR ABDOMINAL Y ESTREÑIMIENTO EN MUJER ANCIANA

C. Martínez Pérez^a, J. Salvador Concepción^b y M. Soler Pérez^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Campohermoso. Almería.

^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de El Toyo. Retamar. Almería.

^cMédico de Familia. Centro de Salud Campohermoso. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Motivos de consulta: fiebre de 38 °C y estreñimiento de varios días de evolución valorada en urgencias hospitalarias, diagnosticada de cólico renal y pautado tratamiento analgésico y lactulosa. Historia clínica. Antecedentes personales: NAMC. Apendicectomizada. Colectomizada. Anamnesis: mujer, de 85 años, que acude por estreñimiento de 4 días de evolución sin mejoría con lactulosa y dolor abdominal generalizado.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración abdominal: abdomen distendido, timpánico. No masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos disminuidos. No signos de peritonismo agudo. Doloroso de forma difusa a la palpación profunda. Resto de exploración por aparatos y sistemas sin alteraciones. Se solicita radiografía de abdomen en bipedestación: múltiples niveles hidroaéreos con presencia de gas distal. Plan: Es derivada a Urgencias Hospitalarias para descartar obstrucción intestinal. Bioquímica: glucosa 108, creatinina 0,82, PCR 3,64, sodio 119, potasio 5,56, ácido láctico 29. Hemograma: hemoglobina 11,10, hematocrito 33%, VCM 87, leucocitos 17.330 (PMN 81%), plaquetas 369.000. TC abdominal: abundantísimos restos fecaloideos en marco colónico sin distensión de asas de intestino delgado.

Juicio clínico: Obstrucción intestinal por bridas postoperatorias. Hiponatremia leve. Tratamiento: se procede a ingreso hospitalario en Observación con tratamiento: meropenem 1 g/8 horas, paracetamol 1 g/8 horas, sonda nasogástrica y rectal y sueroterapia. Evolución: es valorada por cirugía y tras mejoría clínica es dada de alta a las 48 horas.

Diagnóstico diferencial: Adherencias, hernias abdominales, carcinomatosis peritoneal, tumores primarios de intestino delgado o metastásicos (de melanoma, cáncer de pulmón, mama, cervix, colon y sarcoma), enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer colorrectal, vólvulos de sigma o ciego, síndrome de Ogilvie, pseudoobstrucción colónica crónica, hipotiroidismo.

Comentario final: Las adherencias son la causa más frecuente de obstrucción intestinal. Ocurren fundamentalmente en pacientes con antecedentes de procedimientos quirúrgicos abdominales o pélvicos. Solo el 2-5% de los pacientes requerirá adhesiolisis; el resto puede responder bien al manejo conservador con descompresión intestinal y reposo digestivo.

Bibliografía

1. Salagre García A, Marchán López Á, Cobo Vázquez C. Obstrucción intestinal y estreñimiento. En: Suárez Pita D, et al, eds. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica Hospital Universitario 12 de Octubre, 8ª ed. Madrid: MSD; 2016. p. 1057-66.

Palabras clave: Obstrucción intestinal. Estreñimiento. Adherencias.