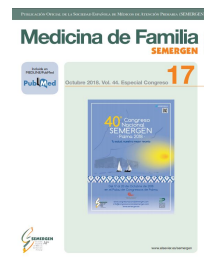




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/1371 - COMPLICACIÓN EN PACIENTE CON SEPSIS

B. Sánchez Jiménez^a, P. Jiménez Abarca^b y E. Lara Cobo^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas de Mijas. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 82 años remitida a Urgencias del Hospital Costa del Sol por sospecha de cuadro de sepsis de origen neumónico ± urinario. A su llegada paciente hipotensa TA 70/30 mmHg por lo que se pasa a sala de críticos. Su hija refiere que desde hace 4 días presenta hiporexia y desde anoche malestar general. Esta mañana además ha presentado dos vómitos. Última deposición hace 4 días normal. No fiebre ni otra clínica asociada. Sin antecedentes de interés

Exploración y pruebas complementarias: Constantes vitales: TA 70/40 mmHg, Sat O₂ 94%, T^a: 36,4 °C. A la exploración la paciente presenta mal estado general y sequedad de mucosas. A la auscultación presenta crepitantes en hemitórax derecho. No se encontraron hallazgos patológicos a la exploración abdominal. Tacto rectal: dedil manchado de heces normales. Se realizó a la paciente analítica de sangre y orina en la que destaca: leucocitosis 25,05 (93,2% N), PCR 220, 5, pH 7,27 y bacteriuria moderada en orina. Rx tórax: infiltrados en LS y LID. Rx abdomen: dilatación gástrica, dilatación de asa de intestino delgado con imagen de fecaloma en ampolla rectal.

Orientación diagnóstica: En sala de críticos se coloca SNG (contenido bilioso). La paciente ingresa en observación de camas y se le administra un enema que resulta efectivo. Se solicita radiografía de abdomen de control que es similar a previa, con lo que se descarta el fecaloma como causa de la obstrucción intestinal. Se decide por tanto realizar IC con cirugía que diagnostica a la paciente de íleo paralítico secundario a sepsis de probable origen respiratorio ± urinario.

Diagnóstico diferencial: Ante un caso de obstrucción intestinal. Oclusión mecánica: estrechamiento del calibre, obstrucción de la luz intestinal obstrucción por adherencias o bridas. Oclusión neurógena: íleo paralítico, íleo espasmódico. Obstrucción vascular (embolia o trombosis mesentérica).

Comentario final: Se trató a la paciente de manera conservadora manteniendo a la paciente en dieta absoluta, colocando SNG en caso de presentar nuevos episodios de vómitos y evitando tratamiento con opiáceos. El íleo paralítico es una posible complicación ante un cuadro de sepsis que debemos identificar para poder tratar adecuadamente.

Bibliografía

1. Muro Castillo I. Protocolo diagnóstico terapéutico de la obstrucción intestinal. *Medicine (Madrid)*. 2000;8(14):767-9.

Palabras clave: Sepsis. Obstrucción intestinal. Íleo paralítico.