



O-072 - TOMA DE ANTIDEPRESIVO TRICÍCLICO COMO CAUSA DE ÍLEO PARALÍTICO

F.J. Martínez Rodríguez^a, C. Campa García^a, C. Arias Meneses^b, M.A. Cobo Ruiz^a y M. Prado Fernández^a

^aCS de Sama de Langreo. ^bHospital Valle del Nalón.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años, sin alergias conocidas ni hábitos tóxicos. Antecedentes personales: estreñimiento crónico desde la infancia, dermatitis atópica, síndrome depresivo reactivo. Intervenido de miringoplastia bilateral. Tratamientos: omeprazol, sertralina y clomipramina. Acude a consulta por cuadro en las últimas 24 horas dolor abdominal en epigastrio sin irradiación a otra localización, sin fiebre, con eructos frecuentes fétidos y disminución del número de ventosidades habitual, con una última deposición escasa, dos horas antes del inicio del cuadro clínico. Niega dolor torácico; no disnea; no otra clínica asociada. La exploración impresiona de abdomen agudo, decidiéndose su derivación al Servicio de Urgencias Hospitalario donde se corrobora la impresión diagnóstica hallándose de forma llamativa una dilatación gástrica y en asas de intestino delgado en la radiografía abdominal. Ante la clínica y hallazgos radiológicos y analíticos se decide avisar a Medicina Interna para ingreso del paciente ante un íleo paralítico a estudio. Se solicita interconsulta urgente a Psiquiatría decidiéndose mantener únicamente el tratamiento con omeprazol y sertralina al encontrarse el paciente tranquilo y psicopatológicamente estable y añadiéndose procinéticos, tras lo cual hay buena evolución clínica con desaparición del dolor, realización de deposiciones normales, aumento del peristaltismo y comenzando tolerancia a dieta oral, consiguiéndose completa resolución del caso; es por esto que se diagnostica "íleo paralítico de origen farmacológico debido al uso de antidepresivo tricíclico" (concretamente clomipramina).

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial de 110/76 mmHg; frecuencia cardiaca: 56 lpm; Temperatura de 36,5 °C; con buen estado general y bien hidratado y nutrido. Auscultación cardiopulmonar normal. El abdomen estaba ligeramente distendido, timpanizado, con dolor difuso a la palpación, sin percibirse masas ni organomegalias; sin auscultarse prácticamente ruidos hidroaéreos; se describe la misma exploración en el Servicio de Urgencias. Hemograma, bioquímica completa y coagulación en todo momento mostró valores normales. El electrocardiograma presentaba un ritmo sinusal normal. En la radiografía de tórax no se objetivaba patología aguda. La radiografía de abdomen mostraba dilatación gástrica y de asas de intestino delgado, sin signos de obstrucción intestinal. El TC abdominopélvico descartó organicidad.

Juicio clínico: Íleo paralítico de origen farmacológico debido al uso de antidepresivo tricíclico (clomipramina).

Diagnóstico diferencial: Obstrucción intestinal por causa mecánica; isquemia mesentérica; íleo paralítico por afectación vírica/bacteriana; íleo paralítico por alteraciones hidroelectrolíticas;

afectación tiroidea.

Comentario final: Es conocido el riesgo de desarrollar íleo paralítico además de dilatación gástrica en todo paciente que tome antidepresivos tricíclicos debido a sus demostrados efectos sobre la contractilidad de la musculatura lisa gástrica e intestinal; es por esto que se debe valorar los antecedentes médicos y posibles interacciones con tratamientos en todo paciente para poder evaluar el riesgo de desarrollar dicha patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Luncă S, Rikkers A, Stănescu A, et al. Acute Massive Gastric Dilatation: Severe Ischemia and Gastric necrosis without Perforation. *Rom J Gastroenterol.* 2005;14:279-83.
2. Thumshirn M, Cho M-G, Zinsmeister AR, et al. Modulation of gastric sensory and motor functions by nitreergic and alpha-2 adrenergic agents in humans. *Gastroenterology.* 1999;116:573-85.