



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-027 - UNAS HEMORROIDES... ¿DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA?

G. Niza Fresno^a, G. Moreno Fernández^a y M. Cazalilla Ruiz^b

^aCS Occidente-Azahara. ^bHospital Universitario Reina Sofía.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 61 años con AP de síndrome metabólico con mala adherencia al tratamiento pautado por su médico así como a dieta. Exfumador. Consulta por clínica de intranquilidad, tiritona y dolor anal que no le ha dejado dormir. Comenta llevar 5 días con pomada antihemorroidal y AINEs sin buena evolución. Molestias miccionales con sensación dudosa de tenesmo posmiccional.

Exploración y pruebas complementarias: Adecuado estado general, sudoroso en consulta, inquieto, eupneico aunque en consulta refiere falta de aire. AC: tonos rítmicos taquicárdicos sin soplos ni roces audibles. AR: MVC aunque algo disminuido en las bases Abdomen: muy obeso, blando, depresible sin puntos dolorosos. MMII: no edemas ni signos de TVP. Pulsos presentes bilateralmente. Tacto rectal: doloroso, hemorroides exteriorizadas y alguna interna palpable sin signos de trombosis ni sangrado. TA 130/80. FC: 145 lpm. FR: 22-24 rpm. T^a: 38,5 °C. Sat basal de oxígeno: 94%. ECG: taquicardia sinusal de complejo estrecho a 150 lpm con eje izquierdo. Tira reactiva de orina: leucocitos+, nitritos-, glucosa+, cetonuria-. El paciente continúa con 38,5 °C, taquicárdico a 150 lpm a pesar de tratamiento antipirético y ATB. Decidimos trasladar al paciente a urgencias del hospital de referencia monitorizado y acompañado por el equipo de guardia para descartar posible foco séptico causante del cuadro. En Urgencias Hospital Reina Sofía: a su llegada a urgencias el paciente continúa taquicárdico. Hemograma: leucocitos 2.600 (neutropenia 1.650 con linfopenia 870), resto normal. Bioquímica: glu 300, urea, cr, iones y FG normales. ECG: similar al previo. Rx tórax y abdomen: sin hallazgos de interés. Sistemático de orina: glucosa 100, resto de analítica incluidos parámetros de infección negativos. PCR: 129, procalcitonina: 138, GSA: pH 7,42, pO₂ 51, pCO₂ 34, HCO₃ 23, láctico 3,3. Se solicita TAC abdominal y de vía urinaria: paniculitis mesentérica y apendagitis de meso de sigma. Tras ser valorado por Urología, Cirugía General y Medicina Interna ingresa a cargo de Medicina Interna como sepsis no filiada. Durante su ingreso en Medicina Interna: se realiza una colonoscopia con único hallazgo de hemorroides internas sin trombosis, sin otros hallazgos. Se vuelve a consultar a Cirugía General quien programa cirugía urgente de drenaje por sospecha de absceso post-anal. Durante la intervención: durante la cirugía el paciente comienza a desaturarse (satO₂ 70%) y se objetiva pérdida de consciencia. Se procede a la intubación y VA produciéndose parada cardio-respiratoria de menos de 1 minuto respondiendo a RCP. El paciente sube estable a reanimación, pudiéndose desintubar y continuando una evolución estable hasta el alta y continuar su tratamiento ATB en domicilio y controles por C. General (Coloproctología).

Juicio clínico: Sepsis por absceso anorrectal.

Diagnóstico diferencial: Infección urinaria baja vs prostatitis vs trombosis hemorroidal vs absceso anorrectal.

Comentario final: Lo bonito, llamativo y formativo del caso es que una consulta en principio "banal" que el mismo paciente se aquejaba de una crisis hemorroidal, finalmente resultó ser un proceso tan complejo como una sepsis y que conllevó incluso a una parada cardiorrespiratoria en quirófano.

BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Treatment of urinary tract infections in nonpregnant women. *Obstet Gynecol.* 2008;111:785-94.
2. Nickel JC. Inflammatory conditions of the male genitourinary tract: prostatitis y related conditions, orchitis, y epididymitis. En: Wein AJ, ed. *Campbell-Walsh Urología.* 9th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007.