



“Doctora, ¿es un virus?”

Autores:

Ramos González Jennifer, Martínez Díaz M^a Pilar, López Zacarez Soraya, Pérez Díaz Ana Esther, Plasencia Martínez M^a Nieves, Sánchez Alaminos Montserrat. Residentes Medicina Familiar y Comunitaria Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

INTRODUCCIÓN. La obstrucción intestinal consiste en la interferencia de progresión del contenido hacia el resto del tubo digestivo. La causa más frecuente en intestino delgado y en pacientes intervenidos de cirugía abdominal son las adherencias o bridas postoperatorias, seguidas de las hernias externas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 88 años que acude por vómitos y dolor abdominal, con ausencia de expulsión de heces y gases, sin fiebre. Derivando a urgencias para estudio.

No alergias. Cólicos nefríticos. Apendicectomía.

Exploración Física: BEG. Palidez cutánea. Signo del pliegue positivo. ACP: normal. Abdomen: distendido, sin masas. Doloroso a la palpación generalizado. Peristaltismo aumentado. Tacto rectal: escasas heces en ampolla rectal, dedil con restos de heces.

Exploraciones complementarias:

Analítica: leucocitos 16400.

Radiografía abdomen: dilatación de asas de intestino delgado, con imágenes de válvulas conniventes.

TAC abdomen: Dilatación asas de delgado hasta fosa iliaca derecha, cambio de calibre con íleon distal-medio colapsado, hallazgos en relación con obstrucción intestinal.



OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BRIDAS

Tratamiento: sonda nasogástrica, dieta absoluta, reposición hidroelectrolítica y cirugía.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Ante un paciente que consulta con vómitos debemos realizar una buena historia clínica e indagar en los antecedentes personales, en este caso la apendicetomía es un dato importante, dado que la causa más frecuente de obstrucción intestinal en pacientes intervenidos son las adherencias postoperatorias.

Los cuatro síntomas cardinales son: el dolor, distensión abdominal, vómitos y ausencia de emisión de gases y heces. Se debe intentar tratamiento conservador con sonda nasogástrica, dieta absoluta, control de iones diario y reposición hidroelectrolítica. Si el cuadro no mejora en un plazo de 24-48 h, estaría indicada cirugía.

Palabras clave: Intestino, obstrucción, vómitos, distensión.

BIBLIOGRAFÍA

-Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. 4.a ed. Barcelona: Elsevier; 2009. p. 109-11.

-Turnage RH, Heldmann M, Cole P. Obstrucción intestinal e íleo. En: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ. Enfermedades digestivas y hepáticas. 8ª ed. Vol 2. Madrid: Elsevier; 2008. p. 2653-77.

-Álvarez Delgado A, Umaña mejías, J, Calderón Begazo, R. Oclusión intestinal. Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Elsevier; 2012. P 347-354.