

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar
mejorar
Avanzar

XXV REUNIÓN SEUP

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

TIPO PRESENTACIÓN: PÓSTER SIN DEFENSA

Minimizar
mejorar
Avanzar

Título: CUADRO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN UN PACIENTE CON ESTREÑIMIENTO CRÓNICO, UN ANTECEDENTE A TENER EN CUENTA.

Autores: Bravo Queipo de Llano, Blanca; Alonso Sepúlveda, Marina; Molina Gutiérrez, Miguel; Bote Gascón, Patricia; González Bertolín, Isabel; Bueno Barriocanal, Marta.

Centro de trabajo: Hospital Universitario La Paz, Madrid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los cuadros de **dolor abdominal** y estreñimiento son frecuentes en la infancia y habitualmente no implican gravedad. Es **importante reconocer los datos de alarma** de las complicaciones urgentes, como la obstrucción intestinal.

CASO CLÍNICO

Varón 7 años. Estreñimiento habitual.
No cirugías ni enfermedades.

Dolor abdominal progresivo,
inicio brusco 10 h antes.



Vómitos alimentarios + **mal estado general** en últimas 2 horas.



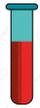
TEP: apariencia y circulación alterados.

Tª 36,2 °C. TA 112/67 mmHg, **FC 125 lpm**, SatO2 99%,
Glucemia capilar 120 mg/dl.

MEG. Intensa palidez. Signos de **deshidratación**. Somnolencia.

Abdomen muy distendido, doloroso, timpánico, no depresible, sin signos de irritación peritoneal. Testes en bolsa.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:



Leucocitosis (15.960/ μ l) con neutrofilia (13.980/ μ l) y acidosis metabólica (pH 7,27; bicarb 17,4 mmol/L; lact 2,9).



Ecografía y radiografía abdominales: gran dilatación de marco cólico y sigma, líquido libre y fecaloma en el recto.



TC abdominal con contraste: vólvulo de sigma con fecalomas en recto (flechas). Sin dilatación de asas de intestino delgado, ni malrotación, ni neumoperitoneo.



EVOLUCIÓN:

SOSPECHA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

- Monitorización, bolo rápido de salino al 0,9% (20 ml/kg) + analgesia iv. Constantes estables.
- Ingresa en Unidad de Cuidados Críticos a dieta con fluidoterapia y analgesia iv. Extracción del fecaloma y enemas de limpieza. Alta voluntaria a las 48 horas.

COMENTARIOS

- Debemos conocer las **manifestaciones y signos clínicos sugestivos de obstrucción intestinal**: dolor y distensión abdominales progresivos asociados a vómitos biliosos y/o fecaloideos, ausencia de deposición y afectación del estado general.
- Si se sobreañaden **signos de irritación peritoneal**, sospecharemos además **compromiso vascular y/o perforación**.
- Las **pruebas de imagen** son esenciales para diagnosticar la obstrucción y su etiología.
- Los **vólvulos sigmoideos** son excepcionales en la infancia. Más frecuentes en **enfermedad de Hirschprung** o secundarios a **estreñimiento crónico**, ya que la gran dilatación del sigma facilita su torsión.

**PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL**

XXV REUNIÓN SEUP

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

MUCHAS GRACIAS