

Diagnóstico por imagen: Servicio de Digestivo



Alumno: M^a Dolores Simón Rufete.

Aprobado por: Dr. Antonio Martínez Egea.

Talleres Integrados III

Grupo: 7- 8

Hospital General Universitario de San Juan.

Presentación del caso

Mujer de 85 años que acude a Urgencias el 13/01/18 por cuadro de 48 horas de evolución de negativa a la ingesta, aerofagia, distensión abdominal progresiva con retortijones audibles y posteriormente 2 vómitos de contenido oscuro y autolimitados. Heces en pañal pastosas de coloración normal. Pérdida de peso en los últimos meses.

ANTECEDENTES PERSONALES

- No RAM.
- FRCV: HTA, no DLP, no DM
- No fumadora.
- Antecedentes médicos: Pseudoclusión colónica en 2017, enfermedad de Alzheimer avanzada. Antecedentes de múltiples fracturas.
- Antecedentes quirúrgicos: Prótesis total de cadera bilateral, cataratas.
- SB: Vida cama-sillón. Totalmente DABVD. Mutismo.
- Tratamiento habitual: Hidrocloruro de amilorida + Hidroclorotiazida (Ameride) 5/50 mg.

Presentación del caso

EXPLORACIÓN FÍSICA

FC: 103 lpm **Sat O2:** 97% (sin oxígeno) **T°:** 36°C (timpánica) **TA:** 136/93mmHg

AC: Ruidos rítmicos. Soplo en foco mitral.

AP: MVC, sin sonidos sobreañadidos.

EEII: No edemas ni signos de TVP.

ABD: Blando y depresible, leve distensión abdominal, timpánico, algún ruido escaso metálico. No doloroso, no masas ni visceromegalias. Ruidos hidroaéreos presentes. Sonda rectal fuera.

TACTO RECTAL: Abundantes heces líquidas de coloración normal.

RESULTADOS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Rx Tórax: ICT_< 0,5. Botón Ao prominente calcificado. No condensaciones y senos costofrénicos libres.

Rx Abdomen:

Analítica sangre: Linfocitos $11 \times 10^9/L$, neutrófilos 70,3%, Tiempo de protrombina 12 seg, glucosa 174 mg/dl, CR 0,70 mg/dl, albúmina 3g/dl.

Gasometría venosa: pH 7,31 upH, PCO₂ 53,5 mmHg, PO₂ 20 mmHg, HCO₃ 26,2 mmol/L.

Prueba de ingreso previo(11/1/17),TC abdominal: dilatación colónica sin causa obstructiva.

RX ABDOMEN



Solución del caso

RX ABDOMEN : Dilatación de todas las asas colónicas (9 cm), sin niveles hidroaéreos. Clavo intramedular en ambas caderas.

- **DIAGNÓSTICO:** Pseudoclusión intestinal crónica (SINDROME DE OGILVIE).
- **TRATAMIENTO:** Tratamiento conservador con sondaje nasogástrico, procinéticos, laxantes y neostigmina. Posteriormente, enema de limpieza y colonoscopia descompresiva.