

Ancià amb oclusió intestinal

Núria Martí, Emili Gené, Andrea Gadea, Josep Antoni Pijuan, M^a Dolores Ferrer, Carmen Campos
 Servei d'Urgències.
 Parc Taulí Sabadell, Hospital Universitari.

CORRESPONDÈNCIA

Nom de l'autor: Núria Martí

Lloc de treball: Parc Taulí Sabadell

mail: nmarti@tauli.cat

Data recepció: 26.10.2014

Data acceptació: 20.11.2014

Forma de citació: Martí N, Gené E, Gadea A, Pijuan JA, Ferrer MD, Campos C. *Ancià amb oclusió intestinal*. ReMUE.c@t 2015;2(1):25-27

Available at http://www.remue.cat/view_document.php?tpd=2&i=4929

Motiu de consulta

Pacient de 92 anys que consulta al Servei d'Urgències per absència de deposicions i de meteorisme des de fa 5 dies. Dolor i distensió abdominal progressius, i algun vòmit biliós alimentari.

Antecedents patològics

1. No al·lèrgies farmacològiques conegudes
2. HTA
3. Dislipèmia
4. Glaucoma.
5. Portador de marcapàs des del 4/2013 per bloqueig auriculoventricular complet diagnosticat arrel de síncope.
6. Antecedents quirúrgics: laringuectomia als 65 anys per procés neoplàssic.

Tractament actual: irbesartan 150 mg /dia, atorvastatina 10 mg / dia, duasterida 0.5 mg / dia, latanoprost 0.005% coliri

Estat basal: FFSS conservades, autònom per les ABVD,

Exploració física a urgències

T^a 36,3°C; TA 132/60 mm/Hg; FC 103 p/min; FR 22 rpm; Sat O₂ (21%) 89%

Afebril. Conscient i orientat. Sequetat de mucoses.

AC: tons rítmics, sense buf ni fregament

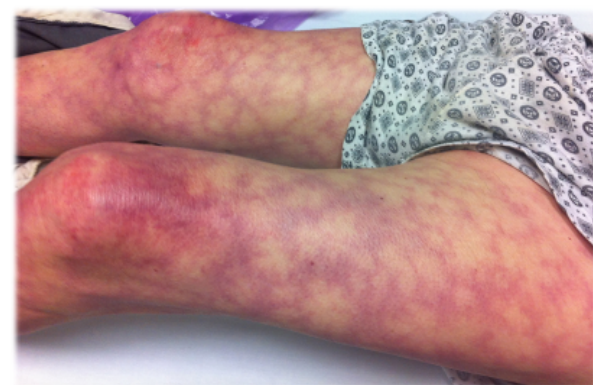
AR: hipofonesi a les dues bases

ABD: molt distès, amb percussió timpànica i sorolls metàl·lics a l'auscultació. (imatge 1) Hèrnia inguinal esquerra no complicada.

Livideses a ambdues extremitats inferiors amb signes de mala perfusió (imatge 2).



Imatge 1



Imatge 2

Exploracions complementàries a urgències

Analítica: Leucòcits *16,3 x 10⁹/L, Neutròfils (%) *89,2 %, Hemoglobina 16,6 g/L, Hematòcrit 0,47 L/L, Plaquetes 243 x 10⁹/L, Temps

protrombina 1,14 ratio, T.Tromboplastina parcial activ 0,83 ratio, Glucosa *129 mg/dL, Urea *162 mg/dL, Creatinina *3,02 mg/dL, Sodi 139 mEq/L, Potassi 3,6 mEq/L, Aspartat aminotransferasa (AST) 33 U/L, Àcid làctic *30,2 mg/dL

Equilibri venós: pH *7,3 pH, Pressió parcial CO2 *55 mm Hg, Bicarbonat actual 26,2 mmol/L, CO2 total 27,9 mmol/L, Excés de base -0,9 mmol/L,

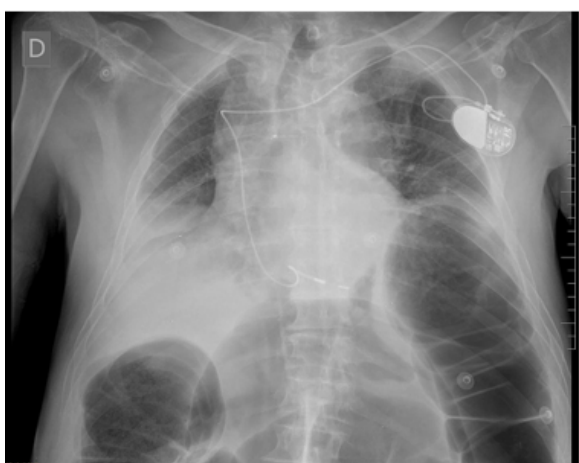
Rx abdomen: Imatge compatible amb vòlvul de sigma (imatge 3)

Rx tòrax: poc inspirada per distensió abdominal (imatge 4)

ECG: Ritme de marcapàs



Imatge 3



Imatge 4

Diagnòstic diferencial

La clínica és compatible amb oclusió intestinal, que és l'aturada completa de la matèria fecal i dels gasos en algun segment intestinal. Es

presenta el diagnòstic diferencial amb els següents processos:

A) Obstrucció mecànica:

- Brides: representa el 90% de les obstruccions amb cirurgia abdominal prèvia.
- Neoplàsia de colon: causa més freqüent en l'ancià no intervingut.
- Hèrnies.
- Inflamatòries: Crohn, enteritis actínica, diverticulitis colònica.
- Vòlvul.
- Altres: ili biliar, ili meconial, bezoar, diverticle de Meckel, fecaloma.

B) Obstrucció funcional:

- Ili paralític (reflexe): després de cirurgia abdominal, pancreatitis, còlic nefrític, pneumònia, traumatisme toràcic i abdominal, hipopotassèmia, anestèsics, urèmia, porfíria, intoxicació per plom, ...
- Pseudoobstrucció intestinal (Sd de O'Gilvie): compromís de l'activitat motora de l'intestí, d'origen neuropàtic o miopàtic (amiloidosi, esclerodèrmia, distròfies musculars).

Evolució a urgències

Es tracta d'un pacient de 92 anys amb bon estat basal previ al quadre actual, que consulta per clínica de pocs dies d'evolució de dolor abdominal, nàusees i vòmits i absència de deposicions, suggestiva d'obstrucció intestinal. Es practiquen exploracions complementàries dirigides. S'objectiva insuficiència renal i acidosi metabòlica. La radiografia simple d'abdomen mostra una imatge en gra de cafè que dona el diagnòstic del cas. S'inicia tractament analgèsic, així com mesures de suport per corregir les alteracions hidroelectrolítiques. Es col·loca sonda rectal que permet reduir la distensió abdominal. Es comenta el cas amb el Servei d'Endoscòpia per practicar una Fibrocolonoscòpia (FCS), per tractar-se d'una prova diagnòstica i terapèutica en aquest tipus d'obstrucció. La FCS permet confirmar el diagnòstic i aconseguir desvolvar en dues ocasions, però té tendència a tornar-se a formar en retirar l'endoscop. També es descriu extensa isquèmia intestinal des de 10 cm de marge anal fins a angle hepàtic amb important àrea de necrosi a sigma sense poder-se descartar petita perforació. S'informa la família de la situació clínica del pacient. Arribat aquest punt, donat el dèficit vascular i la impossibilitat de l'endoscop de corregir el vòlvul, es valora conjuntament amb els Serveis de Cirurgia i Anestèsia. Malgrat el bon estat basal previ del malalt, es desestima la intervenció quirúrgica per l'elevat risc quirúrgic que presenta la situació

actual. Es decideix limitació de l'esforç terapèutic, s'inicien mesures de confort fins que el pacient és exitus al 3^{er} dia de la seva arribada a Urgències.

Diagnòstic final

Oclusió intestinal secundària a vòlvul de sigma. Necrosi intestinal

Discussió

En el nostre entorn, el restrenyiment crònic i l'abús de laxants, poden afavorir l'aparició d'un vòlvul de sigma. La incidència augmenta en pacients amb malalties neurològiques incapacitants (1) i en malalts mentals tractats amb psicofàrmacs que contribueixen al restrenyiment. La localització més freqüent del vòlvul de colon és el sigma (70%). Sovint es presenta amb clínica d'obstrucció intestinal. Si la torsió es manté, es produirà la gangrena de la paret intestinal, amb la conseqüent peritonitis, col·lapse, i tot sovint, la mort del pacient. La radiografia simple d'abdomen pot donar el diagnòstic en les 2/3 parts dels casos (2). La FCS és diagnòstica en tots els casos. Si hi ha dubtes, cal practicar una TAC (3,4) o un enema opac amb gastrografin. La leucocitosi amb desviació a l'esquerra i l'acidosi làctica suggereix isquèmia intestinal. Si es descarta gangrena intestinal (5), pot intentar-se tractament conservador amb enema opac, sonda rectal o tractament endoscòpic (6). El tractament endoscòpic ofereix una eficàcia global del 87,5%. La recidiva s'observa en aproximadament el 57% dels casos; en el primer episodi se soluciona el problema en un 25% dels casos i, en cas de recidiva, pot reintentar-se el tractament endoscòpic amb semblant eficàcia (7). Després,

cal oferir una solució quirúrgica definitiva, donat l'alt risc de recidiva. En cas d'isquèmia intestinal, és precís realitzar resecció quirúrgica urgent de la nansa no viable. El nostre pacient va rebre tractament mèdic i es va practicar FCS d'urgències que desfeia el vòlvul, però es tornava a formar en retirar l'endoscop i descrivia extensa isquèmia intestinal amb àrea de necrosi. En aquestes condicions, es va desestimar la cirurgia per l'elevat risc. Malgrat el bon estat basal previ del pacient, es va decidir limitació de l'esforç terapèutic i instaurar mesures de confort.

Bibliografia

1. Rosenthal MJ, Marshall CE. Sigmoid volvulus in association with parkinsonism. Report of four cases. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35 (7): 683-4
2. Javors BR, Baker SR, Miller JA. The northern exposure sign: a newly described finding in sigmoid volvulus. *Am J Roentgenol* 1999; 173 (3): 571-4.
3. Catalano O. Computed tomographic appearance of sigmoid volvulus. *Abdom Imaging* 1996; 21 (4): 314-7.
4. Delabrousse E, Saguet O, Destrumelle N, Lucas X, Brunelle S, Kastler B. Sigmoid volvulus: value of CT. *J Radiol* 2001; 82 (8): 930-2.
5. Astini C, Falaschi CF, Mariam M, Desta A. The management of sigmoid volvulus: report of 39 cases. *Ital J Surg Sci* 1988; 18 (2): 127-9.
6. Renzulli P, Maurer CA, Netzer P, Buchler MW. Preoperative colonoscopic derotation is beneficial in acute colonic volvulus. *Dig Surg* 2002;19 (3): 223-9.
7. D. Martínez Ares, J. Yáñez López, J. Souto Ruzo, M.ª A. Vázquez Millán, B. González Conde, F. Suárez López, P. Alonso Aguirre y J. L. Vázquez Iglesias. Vólvulo de sigma: indicación y resultados del tratamiento endoscópico. *Rev Esp Enfer Dig* 2003; 95 (8): 539-43.