

CASO CLÍNICO

Octubre 22 de 2010

Paciente de sexo femenino con 19 años de edad, quien acude a consulta de urgencias por presentar cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por presentar náuseas que llegan al vómito en forma permanente de características amarillo verdosas que se acompañan de dolor en hemiabdomen inferior de tipo opresivo. Refiere también falta de eliminación de heces y gases. Fue intervenida quirúrgicamente hace un mes atrás donde se le realizó una laparotomía exploradora por abdomen agudo y desequilibrio hidroelectrolítico, sin ningún hallazgo de importancia.

Antecedentes de importancia: Dieta Insuficiente e hipocalórica, actividad física intensa, trastorno nervioso alimentario desde los 14 años con problemas en el esquema corporal, depresiones repetidas y ansiedad ante su esquema corporal con ideaciones suicidas persistentes.

Examen físico: Regular estado general, consciente, orientada. PA: 120/80mmHg FC: 88x' Peso: 45Kg Talla: 1,58m IMC: 18 Tº: 37,7º. √ Piel y mucosas secas y pálidas; cardiopulmonar normal, Abdomen blando depresible, doloroso a la palpación en región de hipogastrio y fosa iliaca derecha, RHA (+) hiperactivos; Extremidades con tono y tropismo disminuido con debilidad a la deambulacion.

Se inician soluciones parenterales y se deriva a Hospital de Tercer Nivel de Atención con los diagnósticos: Trastorno de conducta alimenticia, Oclusión intestinal alta, e íleo paralítico. En el hospital se le solicita a su ingreso: Hemograma: Normal, Glicemia postprandial:140mg/dl, Creatinina: 0.8, Na: 135mmol/L, K:2.5mmol/L, Cl: 102mmol/L. Proteínas totales:5.0g/dl, Albúmina: 2.2g/dl Rx de abdomen: Asas intestinales dilatadas. Se decide internación con los siguientes diagnósticos: Oclusión intestinal alta, íleo paralítico, Trstornos De La conducta Alimentaria. se inician soluciones parenterales, para reposición hidroelectrolítica y antibioticoterapia.

Durante la internación, presenta deposiciones líquidas, persiste estado nauseoso, no tolera vía oral y mantiene distensión abdominal. Se realizan exámenes de gabinete: Ecografía abdominal: liquido libre en cavidad peritoneal. Videocolonoscopía: Colitis ulcerativa inespecífica. Coprocultivo: E. coli. Coproparasitológico: Normal, Laboratorios: √ Hemograma: Hemoglobina: 10,6, Hematocrito:34, Glicemia: 60, Creatinina: 1.6, Na:161mmol/L, K: 4.97mmol/L, Cl: 121mmol/L, √ Pruebas tiroideas: Normales.

Se decide intervención quirúrgica con el Diagnóstico preoperatorio: Oclusión intestinal alta, El Postoperatorio Describe: Obstrucción intestinal alta por bridas y adherencias, Hallazgos: Ascitis de 1500ml de características citrinas, múltiples adherencias firmes de intestino delgado por bridas y adherencias en yeyuno e íleon terminal.

Posteriormente es ingresada a terapia intensiva por presentar estado de anasarca, con importante desequilibrio hidroelectrolítico, insuficiencia renal aguda, posteriormente requiere apoyo ventilatorio, y nutrición parenteral. La paciente no colabora con el Tratamiento y se denota con deseos de no vivir en dos ocasiones intenta quitarse los tubos de asistencia ventilatoria y los líquidos de nutrición parenteral.

Finalmente presenta falla multiorgánica, con focos neumónicos, escara de decúbito, paro cardiorrespiratorio y muerte.

1.- REALICE SU IDX:

2.- HAGA SUS DXS DIFERENCIALES

3.- COMENTE ACERCA DE EL MANEJO INTEGRAL DE ESTA PACIENTE.