

4tas

JORNADAS ANDALUZAS PARA RESIDENTES y TUTORES DE MFyC

FORMATO VIRTUAL

24, 25 y 26 DE MARZO

SAMFyC
Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

2021

Código: 4/294

Título: Fiebre y dolor abdominal en paciente en postoperatorio

Autores:

1. García Onieva, Francisco Javier. MIR de MFyC. Centro de Salud de Moguer. Huelva
2. Delgado Moya, Marta. Especialista en MFyC. Tutora hospitalaria en el Hospital de Riotinto. Huelva.

Caso Clínico

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias

Motivo de consulta

Fiebre y dolor abdominal.

Anamnesis

Paciente de 59 años.

Alérgica al contraste iodado.

Antecedentes personales: HTA, Glucemia basal alterada, varices en MMII.

Niega hábitos tóxicos.

Intervenida de carcinoma suprarrenal en 2018.

Histerectomía total por atípicas endometriales el 13/01/21.

Tratamiento habitual: Mitotane, Levotiroxina, Omeprazol, Calcifediol, Hidrocortisona, Rosuvastatina, Tapentadol, Enoxaparina.

Paciente con los antecedentes descritos, intervenida hace 10 días de histerectomía total más doble anexectomía por atípicas endometriales con postoperatorio inmediato sin alteraciones y con alta a las 48h. Acude a urgencias el día 23/01/21 por comenzar el día anterior con dolor abdominal acompañado de vómitos de repetición, diarrea líquida sin productos patológicos y fiebre de hasta 38º C. Se valora inicialmente en ginecología que descarta complicación de la intervención y pasa al servicio de urgencias.

Exploración física

Hipotensión (70/50mmHg). Febril (38.6º).

Mal estado general con tendencia al sueño.

Abdomen con hematoma superficial periumbilical

blando, doloroso a la palpación de forma generalizada, de forma más intensa en fosa iliaca derecha pero sin signos de irritación peritoneal.

Exploración ginecológica: No sangrado, cúpula de buen aspecto.

ECOTV: Imagen compatible con hematoma organizado en cúpula de 67x18mm. Ausencia de líquido libre.

ECO abdominal: Compleja. No se ven colecciones líquidas. Se observa una formación anecoica de 8cm en zona de suprarreñalectomía derecha que se interpreta como residual de la cirugía.

Pruebas complementarias

Analítica:

Hemograma: Leucocitosis 13760 con Neutrofilia.

Bioquímica: Creatinina 3.14 (Previas de 1.45 y 2.91). Glucosa 122.

Urea 67.4 Potasio 7.23. Sodio 132. PCR 176.97. Procalcitonina 2.89.

Gasometría venosa: pH 7.29. Ácido láctico 31. Bicarbonato 13.9.

Uroanálisis: 10 hematies. 25 leucocitos por campo.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: realizada con portátil sin imagen de condensación a nivel de parénquimas pulmonares.

ECG: ritmo sinusal a 75 lpm, eje normal, QT normal, T algo picudas en precordiales sin claro aumento de tamaño.

TAC ABDOMEN: Ausencia de adrenal derecha por extirpación previa. Histerectomizada. Sondaje vesical. Áreas de enfisema subcutáneo en pared anterior derecha periumbilical del abdomen junto a varios clics o suturas cutáneas propios de intervención reciente, asociando láminas delgadas de neumoperitoneo por el reborde hepático anterior y burbujas aéreas dispersas por hoja peritoneo anterior, en base a cirugía reciente. Moderada distensión difusa de asas de intestino delgado con abundante contenido hidroáereo. No se observa ascitis ni otros hallazgos reseñables.

Plan de acción

La paciente se mantuvo en área de observación de urgencias ante la sospecha de shock de posible origen séptico. Por tanto, se inició tratamiento intensivo con cristaloïdes, bicarbonato 1M, resincalcio, terapia antibiótica de amplio espectro y tratamiento sustitutivo con Hidrocortisona 100mg en bolo seguido de en perfusión de 400mg en 500 ml SSF a 21ml/h.

La evolución fue favorable en las siguientes horas de la paciente remontando cifras tensiones hasta 110/90mmHg de sistólica y frecuencia cardiaca de 74 lpm. La diuresis fue de 800cc en 8 horas y progresivamente tuvo mejoría tanto de la función renal como del potasio.

La paciente fue valorada tanto por el servicio de Cuidados Intensivos como cirugía y ginecología ya que las primeras horas de observación a cargo del médico de familia fueron críticas en su evolución.

Finalmente la paciente ingresó en servicio de medicina interna, con evolución favorable tanto clínica como analíticamente hasta su alta el día 02/02/21.

Conclusiones

La insuficiencia suprarrenal aguda supone una producción defectuosa y repentina de esteroides suprarrenales (Cortisol y Aldosterona).

En este caso, cabe destacar la importancia de tener en cuenta los antecedentes personales de la paciente, intervenida de supraadrenalectomía y posteriormente habiéndose sometido a una situación de estrés reciente tanto por la cirugía ginecológica como la diarrea posterior. Esta situación conllevó a un aumento de las demandas a nivel orgánico que no se supieron y precipitaron la situación clínica de la paciente. Aunque la paciente fue valorada por diferentes especialistas la labor de seguimiento del médico de familia en servicio de urgencias fue clave para la continuación del tratamiento y cuidados.

Palabras clave

Sepsis / Addison disease / Diarrhea.