

# DISTENSIÓN ABDOMINAL Y MAL ESTADO GENERAL, ¿QUÉ TENGO QUE SOSPECHAR?

María Poveda Cano, Nelia Navarro Patiño, Rosa María Lozano Perez, Elena María Balmaseda Serrano, Tomás Hernández Bertó, Carlos Marcilla Vázquez, Natalia Gonzalez Fajardo, Irene Romera Guarner, Cristina Pellicer Viudes, Pilar Carrascosa Rabadán, Reyes Atienzar Gallego, Lucía De Las Heras Gomez, Anabel Navarro Felipe.  
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

## Introducción

Se denomina megacolon tóxico a la dilatación no obstructiva de todo o parte del colon junto con síntomas y signos de toxicidad sistémica. En la mayoría de las ocasiones, suele ser una complicación de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica, sobre todo colitis ulcerosa, aunque también se ha relacionado con infecciones y procesos isquémicos a nivel intestinal.

El objetivo de este trabajo es conocer las manifestaciones clínicas y el manejo diagnóstico de un caso infrecuente de patología intestinal en pediatría

## Resumen del caso

Niño de 4 años sin antecedentes de interés, derivado del centro de salud por diarrea (10 deposiciones diarias, líquidas, sin productos patológicos) y dolor abdominal (tipo cólico, intermitente) de 48 horas de evolución, acompañado de distensión abdominal desde hace 12 horas, coincidiendo con la última deposición. Asocia fiebre máximo 39°C de 24 horas de evolución. No vómitos.

A su llegada a urgencias, TEP inestable (aspecto alterado). R.E.G. Palidez cutánea con mucosas sonrosadas. Buena hidratación, nutrición y perfusión. No exantemas ni petequias. No signos de dificultad respiratoria. Abdomen: Globuloso y distendido. Doloroso a la palpación difusa. No masas ni megalias, ruidos hidroaéreos conservados. S. Nervioso: activo y reactivo, si no estímulo tendencia al sueño. No signos de focalidad. Meníngeos negativos. Resto de exploración física por aparatos normal.

Se canaliza vía venosa periférica, se extrae analítica (normal salvo PCR 95 mg/L), y se solicita radiografía de abdomen (imagen 1) en la que se observa dilatación de asas con niveles hidroaéreos, sin observar aire distal. Se coloca SNG y sonda rectal para lavado. Se envía muestra de heces (positivo para Adenovirus). Se decide ingreso en UCI para observación clínica y monitorización intensiva. Mejoría progresiva desde inicio de tratamiento conservador (dieta absoluta, ceftriaxona y metronidazol iv + lavados rectales). Tras mejoría clínica se decide alta a domicilio con Metronizadol oral hasta completar 1 mes.



Imagen 1 . A su llegada a urgencias.



Imagen 2. 2º Día de ingreso en UCI..

## Conclusiones

La incidencia y prevalencia de megacolon tóxico secundario a procesos infecciosos es baja, aun así es un cuadro grave por lo que sospecharlo y tratarlo de forma precoz resulta vital.

Debemos pensar en él ante una clínica de distensión abdominal, diarrea y signos de respuesta inflamatoria sistémicos. En estos casos, una radiografía simple de abdomen puede bastar para el reconocimiento de esta entidad. Siendo necesaria una vigilancia estrecha en unidades de cuidados intensivos. Entre las medidas que han resultado ser eficaces se encuentran: la dieta absoluta, antibioterapia precoz, y si precisa, cirugía. Siendo fundamental el tratamiento de la causa subyacente si es conocida.