

Caso clínico en RED - SADEMI

08 de abril de 2026

Hospital Comarcal de Riotinto

Carmina López Ríos

Antecedentes personales:

Mujer de 56 años

- No alergias a medicación. Intolerancia a la lactosa.
- No hábitos tóxicos.
- Factores de riesgo cardiovascular: Hipertensión arterial.

- Migrañas.
- Quistes parapiélicos con función renal normal (valorada por Urología)
- VHC pasado.
- Intervenciones quirúrgicas: amigdalectomía

- Tratamiento habitual: Olmesartan 20mg/24h y Nebivolol 5mg/24h.

Enfermedad actual:

Diarrea de 4 semanas de evolución de heces líquidas amarillentas, sin productos patológicos, pero con pérdida ponderal no cuantificada en este contexto. Unas 5-6 deposiciones al día. Esto se acompaña con dolor abdominal leve tipo cólico. Niega fiebre, náuseas y vómitos (ha presentado alguno puntualmente pero autoinducidos). Ha restringido la ingesta oral los últimos días.

A la exploración presenta ligera somnolencia, deshidratación de piel y mucosas y datos de mala perfusión con livideces en miembros superiores y tronco. Tensión arterial 100/50mmHg a 110lpm. Afebril y eupneica con SaO₂ al 100%.

Abdomen blando y depresible, ligeramente distendido, no doloroso a la palpación. Sin datos de ascitis ni peritonismo.

Pruebas complementarias en Urgencias:

- Analítica a su llegada a Urgencias (06.11.25):
 - GSV: pH: 7.02; pCO₂: 22mmHg; HCO₃: 8.4mmol/L; EB: -25; Láctico: 24mg/dL; Na 145mEq/L, Cl 98mEq/L, K 3.03mEq/L.
 - Hemograma: Leucocitos 19770 (1720PMN). Hb 16,5g/dL. Plaquetas en rango.
 - Coagulación: TP (r) 1,6. TPTA (r) 1,42.
 - Bioquímica: Cr 12,7mg/dL, Urea 343mg/dL. FG 3mL/min, Lipasa 411U/L. Bilirrubina normal, GGT 101U/L, GOT normal, GPT 37U/L. P

15mg/dL, resto de iones en rango. Proteína C reactiva 67,6mg/L, Procalcitonina 1,44ng/mL, TntUS 39,8ng/L.

- ECG en RS sin hallazgos.
- Rx tórax sin datos de condensación
- TC abdominal: Distensión gástrica. Distensión vesicular con mínima cantidad de líquido libre pericolecístico. Ectasia piélica aislada. Uréter izquierdo de calibre normal. No existen cambios con respecto al TAC y se realizó el 27 de octubre de 2025. También puede existir sinuquistosis renal izquierda. No otros hallazgos dignos de mención.

Evolución durante la hospitalización:

Ingresa en UCI con el diagnóstico de “shock séptico de foco abdominal con disfunción multorgánica, por lesión renal aguda AKIN 3 de origen prerrenal y coagulopatía”.

Se coloca sonda nasogástrica y se inicia resucitación con fluidos y bicarbonato y antiboterapia empírica con piperacilina-tazobactam tras toma de cultivos (urocultivo, coprocultivo y hemocultivos).

Tras esto la paciente presenta buena evolución clínica con persistencia de algunas deposiciones diarias, ya menos intensa. No episodios de vómitos y reinstaurada la normovolemia.

A nivel renal, la paciente presenta mejoría progresiva, tras la normalización de la volemia. Se mantiene con la diuresis conservada y clara.

A nivel infeccioso, la paciente se mantiene con reactantes de fase aguda bajos, leucocitosis normalizados y completa 5 días de antiboterapia con piperacilina tazobactam.

-- Analíticas al alta de UCI (08.11.25):

- Hemograma: leucos 24000-->17600 (neutrofilia), Hb 11.9-->10.7g/dL.

Plaquetas normales.

- Coagulación: TTPA (seg) 35-->28. INR 1.8.

- Bioquímica: Urea 351-->309mg/dL. Creat 14-->8mg/dL, Bilirrubina en rango, GGT 58U/L, GOT u GPT normales. K 2,81mEq/L. Proteína C reactiva 46-->62mg/L, Procalcitonina 0.98-->1.93ng/mL.

Posteriormente en planta de hospitalización presenta mejoría clínica significativa, con resolución del cuadro gastrointestinal (1 deposición diaria al alta de características normales) con adecuada tolerancia oral y normalización progresiva de la función renal tras sueroterapia. Se mantienen suspendido antihipertensivos, que se dan solo a demanda en función de tensiones.

Como incidencia destacar aparición de anemización en el contexto de la sepsis, con un probable componente ferropénico (IST<15%) e inflamatorio por el cuadro, que se ha ido recuperando lentamente en los últimos días, a pesar de lo cual previo al alta se administran 500mg de hierro carboximaltosa sin incidencias.

-- Analítica al alta (14.11.25):

- Hemograma: Hb 9,6g/dL. Sin otras alteraciones.
- Bioquímica: Glucosa, bilirrubina, GOT, GPT, Fa y LDH en rango. Urea 9,4mg/dL, Cr 0,63mg/dL, FG>90mL/min. GGT 195U/L. Proteína C reactiva 40mg/L.

Evolución en consultas:

Todos los cultivos que se habían extraído en el ingreso resultaron negativos. Al alta se había solicitado una colonoscopia preferente para realizarse de manera ambulatoria que a nivel macroscópico no mostraba ninguna alteración salvo una pequeña erosión a nivel de íleon terminal de la que se tomó una muestra.

Acude nuestra paciente a revisión un mes después del ingreso, nos comenta que se encuentra asintomática por completo. Con un solo episodio puntual de diarrea autolimitado.

¿Qué vamos a ver en esta sesión?

Revisión de la diarrea crónica y de una causa potencialmente peligrosa y evitable para el paciente que cada vez se está describiendo con más frecuencia.