



## Caso clínico

# Abdomen agudo atípico secundario a una oclusión intestinal en un adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. Caso clínico

*Atypical acute abdomen secondary to intestinal occlusion  
in an older adult with type 2 diabetes mellitus. Case report*

Claire Lizet Morales-Vargas<sup>1</sup> y Joel Bucio-Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Estudiante de la Carrera de Médico Cirujano, FES Zaragoza, UNAM.

<sup>2</sup> Profesor de Tiempo Completo de la Carrera de Médico Cirujano, FES Zaragoza, UNAM.

## RESUMEN

**Introducción.** La oclusión intestinal es una causa común de abdomen agudo en los servicios de urgencias hospitalarias, caracterizada por la obstrucción parcial o completa del tránsito intestinal, lo que genera alteraciones fisiopatológicas significativas. **Objetivo.** Presentar un caso clínico de un paciente masculino con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, quien ingresó por dolor abdominal. **Caso clínico.** Masculino de 66 años, quien a pesar de no mostrar inicialmente signos clásicos de abdomen agudo, el paciente desarrolló síntomas progresivos, incluyendo hipoglucemia, ausencia de evacuaciones y emisión de gases, así como emesis. Estudios de imagen revelaron una hernia transmesentérica, por lo que se realizó laparotomía exploradora, resección intestinal y anastomosis término-terminal. **Conclusión.** Este caso resalta la importancia de considerar presentaciones atípicas de abdomen agudo en adultos mayores y pacientes con comorbilidades como la diabetes, ya que pueden dificultar el diagnóstico oportuno y el abordaje quirúrgico adecuado.

**Palabras clave:** Oclusión intestinal, dolor abdominal, abdomen agudo atípico, diabetes mellitus.

## ABSTRACT

**Introduction.** Intestinal obstruction is a common cause of acute abdomen in hospital emergency services, characterized by partial or complete blockage of intestinal transit, leading to significant pathophysiological disturbances. **Aim.** To present a clinical case of a male patient with a history of type 2 diabetes mellitus who was admitted with abdominal pain. **Case Report.** A 66-year-old male who, despite initially lacking classic signs of acute abdomen, developed progressive symptoms including hypoglycemia, absence of bowel movements and flatus, as well as emesis. Imaging studies revealed a transmesenteric hernia, prompting an exploratory laparotomy, intestinal resection, and end-to-end anastomosis. **Conclusion.** This case highlights the importance of recognizing atypical presentations of acute abdomen in elderly patients and those with comorbidities such as diabetes, as they may complicate timely diagnosis and appropriate surgical management.

**Keywords:** Intestinal occlusion, abdominal pain, atypical acute abdomen, diabetes mellitus.

**Correspondencia:** Joel Bucio-Rodríguez

E.mail: jojolitobubu@gmail.com

Artículo recibido: 6 de enero de 2025

Artículo aceptado: 14 de junio de 2025

Morales-Vargas CL y Bucio-Rodríguez J. Abdomen agudo atípico secundario a una oclusión intestinal en un adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. Caso clínico. CyRS. 2025; 7(1): 13-19. <https://doi.org/10.22201/fesz.26831422e.2025.7.1.2>



## INTRODUCCIÓN

La oclusión intestinal es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo en pacientes que ingresan a los servicios de urgencias a nivel hospitalario, es un síndrome que se caracteriza por la interrupción parcial o completa del tránsito intestinal; puede ser de tipo mecánica cuando es debido a una obstrucción luminal intrínseca o a una compresión externa, o funcional debido a trastornos en la motilidad. Entre las principales causas de obstrucción en el intestino delgado se encuentran las adherencias postoperatorias y hernias; en el intestino grueso (donde son menos frecuentes las oclusiones) ocupan el primer lugar las neoplasias.<sup>1,2</sup>

La incidencia de la oclusión intestinal no difiere de forma significativa entre hombres y mujeres, pero sí se presenta con mayor frecuencia entre la sexta y séptima década de vida. La edad es un factor importante en cuanto a la morbilidad y mortalidad, ya que los adultos mayores tienen más probabilidades de presentar signos y síntomas inespecíficos, retrasando su diagnóstico y tratamiento oportuno.<sup>3-5</sup>

Con el envejecimiento la presencia de comorbilidades en la población adulta mayor también incrementa, como es el caso del deterioro cognitivo, la enfermedad pulmonar y renal, o enfermedades cardiovasculares y endocrinas. La polipatología y los cambios relativos al envejecimiento incrementan la dificultad del diagnóstico en esta población, debido a que la presentación de los signos y síntomas puede ser atípica, o los pacientes no tienen la capacidad de brindar información suficiente sobre cómo los perciben, contribuyendo con el retraso del diagnóstico y aumento en el riesgo de complicaciones.<sup>3</sup>

Se ha observado que el principal factor de riesgo en el paciente para que presente una oclusión intestinal es el antecedente de cirugía abdominal previa. Alrededor del 90% de pacientes que presentan este síndrome refieren haber tenido por lo menos una intervención quirúrgica abdominal años o décadas anteriores.<sup>4,5</sup>

Los síntomas dependen de la ubicación de la oclusión (intestino delgado o intestino grueso), el tipo (parcial o completa) y la duración (si se presenta de forma aguda o crónica). En cuanto al cuadro clínico típico, se presenta como principal síntoma el dolor abdominal de tipo cólico, acompañado de inflamación y ruidos hidroaéreos aumentados, vómitos que son más frecuentes cuanto más alta esté la obstrucción en el tubo digestivo, falta de eliminación de materia fecal y gases, así como otros signos sistémicos que dependen del grado de deshidratación e hipovolemia (debido a la evolución de la patología, los pacientes pierden líquidos y a menudo están sin ingesta oral durante varios días) como lo es la presencia de hipotensión y taquicardia.<sup>4,6</sup> Estas alteraciones permiten integrar el diagnóstico un síndrome de abdomen agudo, sin embargo en la vejez las alteraciones clínicas pueden ser difusas, sobre todo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

En este contexto, el propósito del artículo es presentar un caso clínico sobre la dificultad para establecer el diagnóstico de abdomen agudo en un paciente adulto mayor diabético con oclusión intestinal

## CASO CLÍNICO

Masculino de 66 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica de tres años de evolución, plastia inguinal a los 23 años de edad y apendicectomía hace 32 años, además de probable enfermedad de Alzheimer en protocolo de estudio por el servicio de Neurología.

Ingresa al servicio de urgencias en el turno nocturno por presentar dolor abdominal difuso, sin características específicas, el cual inicia aproximadamente diez horas previas, posterior a la ingesta de colecistoquinéticos, negando la presencia de fiebre o diarrea. Presenta, además, deterioro del estado de alerta 30 minutos antes de su ingreso, por lo que se realiza glucometría capilar reportando "low", se pasa a sala de reanimación y se inicia

manejo con solución glucosada, con posterior recuperación del estado de alerta. Sus signos vitales reportan TA 103/66 mmHg, PAM 78.33, FC 101 latidos/minuto, FR 22/minuto, saturación de oxígeno 96%. A la exploración física se encuentra con cavidad oral semiseca, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, depresible, con dolor a la palpación generalizada, sin palpar tumoraciones ni datos de irritación peritoneal, llenado capilar de 2 segundos, resto sin relevantes. Se integra diagnóstico de hipoglucemia remitida, dolor abdominal agudo de etiología a determinar, probable cólico biliar, probable gastritis, probable gastroparesia diabética. Se solicitan exámenes de laboratorio, se deja en ayuno, con soluciones parenterales, dextrostix con esquema de insulina e inhibidor de la bomba de hidrogeniones.

Durante el turno matutino se recaban los resultados de laboratorios reportando biometría hemática con: hemoglobina 17.4 g/dL, leucocitos 15,500/microlitro, neutrófilos 13,320/microlitro (86%). Química sanguínea con: glucosa 181 mg/dL, urea 36 mg/dL, creatinina sérica 1.01 mg/dL. Pruebas de función hepática, de coagulación, electrolitos séricos y examen general de orina, normales. Al reinterrar a los familiares, indican que el paciente sí presentó vómito en 5 ocasiones, de contenido gastroalimentario, no había evacuado desde hace casi cinco días, ni canalizado gases por recto, además de haber estado presentando cuadros de hipoglucemia. Se explora nuevamente al paciente quien continúa con dolor abdominal intenso, presentando ya discreta distensión abdominal, peristalsis disminuida, y datos dudosos de irritación peritoneal. Por lo tanto, se solicita radiografía de abdomen, sin embargo, al no estar funcionando dicho servicio, se realiza USG de hígado y vías biliares. Se decide colocar sonda nasogástrica obteniendo un gasto de 50 cc de contenido gastroalimentario, además de iniciar ceftriaxona 1 gramo IV cada 12 horas y tramadol 50 mg IV cada 12 horas. Se mantiene con signos vitales estables, PAM perfusoria y saturación de O<sub>2</sub> mayor de 90%.

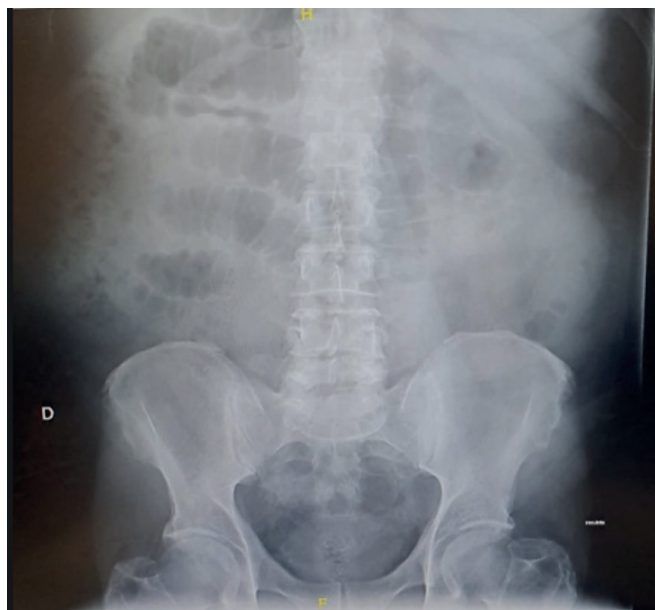


Figura 1. Radiografía de abdomen

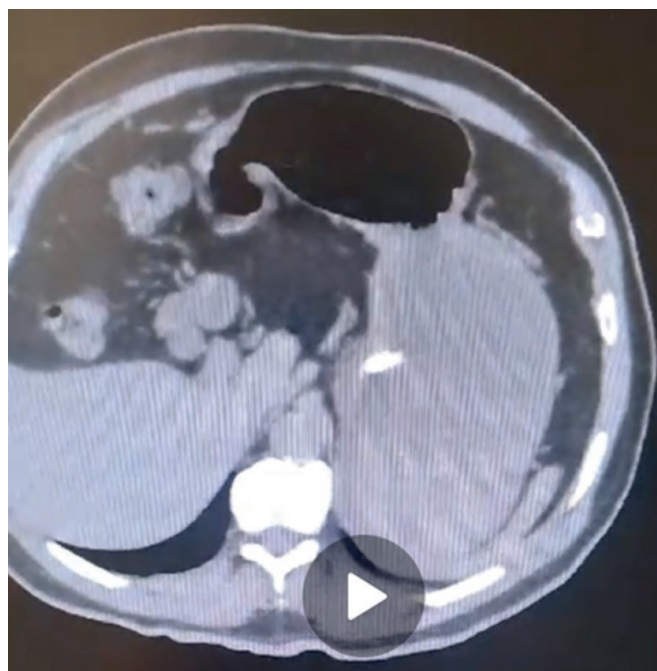


Figura 2. TAC de abdomen que muestra asa dilatada

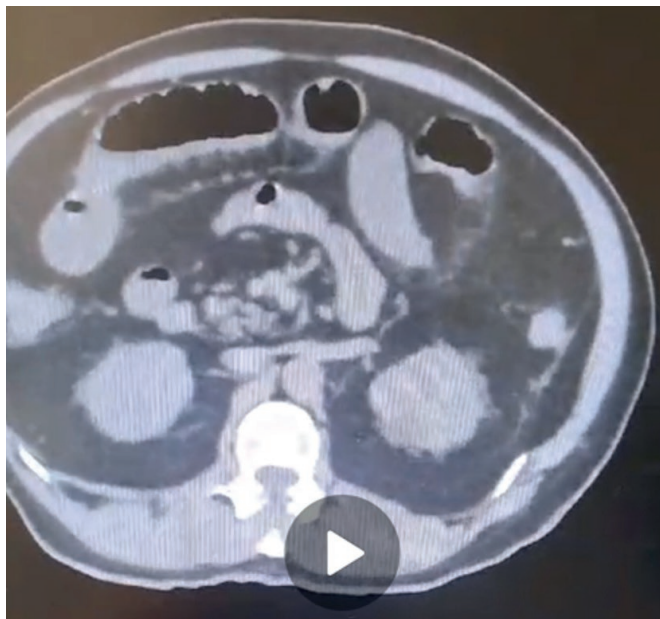


Figura 3. TAC de abdomen que muestra niveles hidroaéreos

Durante el mismo turno matutino el USG reporta: abundante gas gastrointestinal lo que dificulta el estudio y disminuye la sensibilidad diagnóstica, estómago distendido de contenido heterogéneo, quiste simple renal, escaso líquido perihepático de etiología a determinar, sin datos de colecistitis aguda. Se continúa con manejo establecido, manteniéndose clínica y hemodinámicamente estable.

Por la tarde, persiste con distensión abdominal, y a la palpación existen datos sugestivos, aunque no claros, de irritación peritoneal. Se logra realizar radiografía de abdomen en una proyección (Figura 1), apreciando distensión de asas intestinales, con edema interasa y escaso gas en ámpula rectal. Dada la evolución y los hallazgos de imagen, se solicita tomografía abdominal (Figura 2 y 3), la cual reporta hernia transmesentérica, con edema del mesenterio, líquido libre perihepático y en recesso recto vesical, así como hernia inguinal indirecta derecha no complicada. Al final del turno vespertino, la sonda nasogástrica muestra gasto fecaloide, por lo que se solicita valoración por Cirugía general.

El paciente es valorado por dicho servicio en el turno nocturno, indicando la necesidad de realizar laparotomía exploradora para manejo quirúrgico ur-

gente por abdomen agudo, con probable oclusión intestinal. Se realiza cirugía al día siguiente con los hallazgos de: rotación del mesenterio, zona de transición con fibrosis hipertrófica y oclusión parcial de la luz intestinal a 260 cm del asa fija y 140 cm desde la válvula ileocecal. Se realiza resección intestinal de 10 cm junto con el mesenterio, así como entero-entero anastomosis termino terminal en dos planos, comprobando adecuado paso de contenido intestinal y prueba de fuga sin evidencia de la misma, además de verificación de hemostasia. Al ser efectiva, se coloca drenaje tipo Blake hacia corredera parietocólica derecha y hueco pélvico, exteriorizando en el flanco derecho.

## DISCUSIÓN

De manera general, los síntomas de las patologías del tracto gastrointestinal, así como los signos encontrados durante la exploración física en los adultos mayores con frecuencia son poco precisos, además de que los resultados de laboratorio, difieren de lo encontrado en pacientes jóvenes.<sup>7,8</sup> De igual forma, en estos pacientes las manifestaciones clínicas del abdomen agudo, incluido el ocasionado por oclusión intestinal, no siempre son claras o típicas como sucede en pacientes de menor edad, ya que se pueden presentar de forma atípica, con signos y síntomas leves o moderados, sin datos evidentes de irritación peritoneal o de alguna complicación, por lo que la valoración del dolor abdominal en personas adultas mayores, resulta más compleja de lo habitual; por consiguiente, se requiere un mayor tiempo para llevarse a cabo, e implica por lo mismo, mayores recursos para auxiliar el diagnóstico preciso.<sup>9,10</sup> Por lo mismo, el abdomen agudo representa todo un desafío diagnóstico y un gran reto con respecto al manejo quirúrgico cuando se presenta en pacientes adultos mayores.<sup>7,8</sup> En este sentido, la oclusión intestinal en los adultos y en los adultos mayores, es una de las principales causas de abdomen agudo.<sup>4,7,8,11</sup> La realización de una historia detallada del dolor abdominal es especialmente importante, incluyendo los antecedentes de cirugías abdominales, ya que las adherencias y las hernias intraabdominales son causas comunes de obstrucción del intestino

delgado, como en el caso del paciente. También es importante resaltar que la obstrucción intestinal mecánica debe diferenciarse del íleo y de la pseudo obstrucción, que están asociados a alteraciones hidroelectrolíticas o postración prolongada.<sup>4,7,8,10,11-13</sup> En el paciente del caso clínico dichas causas se pudieron descartar, ya que los electrolitos séricos estaban normales.

En el caso reportado, el caso clínico reportado además de ser un adulto mayor presenta algunas comorbilidades, resaltando la diabetes mellitus y deterioro cognitivo severo con probable enfermedad de Alzheimer, lo que influye aún más en el progreso y las manifestaciones clínicas de su padecimiento actual. La presencia de comorbilidades, en muchas ocasiones condiciona de manera adversa la evolución del cuadro.<sup>11</sup> Se menciona que en los servicios de urgencias hasta en un 24 a 40% de los casos de abdomen agudo, se diagnostica erróneamente o no se puede llegar a un diagnóstico específico en este tipo de pacientes.<sup>7,11</sup> Lo anterior, puede empeorar el desenlace durante el proceso de atención médica, generar una estancia más prolongada en el servicio de urgencias o retrasar el tratamiento quirúrgico como sucedió en el presente caso, así como tasas de reingreso más elevadas.<sup>9</sup> Incluso, en las situaciones de oclusión intestinal como causa de abdomen agudo, las cuales son más frecuentes en los adultos mayores que en los jóvenes, se puede incrementar la morbilidad y la mortalidad como consecuencia del retraso en el diagnóstico, la falta de cooperación personal o familiar, el retraso en la solicitud o la falta de disponibilidad de algún examen complementario, o en la valoración quirúrgica.<sup>8</sup> Algunos de dichos factores pudieron estar involucrados en el caso presentado.

Por otro lado, como se describió previamente, el paciente había presentado cuadros repetitivos de hipoglucemia en su domicilio, lo que, aunado a su estado mental crónico, puede representar un escollo tanto para la información proporcionada por sus familiares, como para la interpretación del padecimiento actual por parte del personal médico. En este tipo de pacientes, la anamnesis puede verse afectada por diversos

factores, entre los cuales se pueden mencionar la presencia de déficit sensorial, deterioro cognitivo, demencia o trastornos psiquiátricos.<sup>11</sup> Incluso, se ha visto que los pacientes con hipoglucemia pueden presentar malestar o dolor abdominal.<sup>14-16</sup> De igual forma, en los pacientes diabéticos, la gastroparesia también puede ser una causa de dolor abdominal, distensión abdominal, náuseas y vómitos.<sup>17-21</sup> Por las características iniciales del cuadro de dolor abdominal en el paciente, manifestadas a su llegada a urgencias, las dos causas mencionadas podían incluirse como una posible etiología del cuadro clínico, lo cual pudo llegar a retrasar la solicitud de paraclínicos necesarios en el diagnóstico de abdomen agudo por oclusión intestinal.

Como se ha mencionado previamente, los signos de irritación peritoneal son menos sensibles en el paciente adulto mayor, por lo que deben ser constantemente reevaluados.<sup>7,8,9,10,22</sup> Con respecto a la oclusión intestinal, las manifestaciones comunes incluyen dolor y distensión abdominal, náuseas, vómitos, así como falta de eliminación de gases y heces.<sup>4,11,12</sup> El interrogatorio y la exploración física son claves para sospechar la etiología, por lo que se deben realizar preguntas claras y directas, junto con un examen físico completo y sistemático, y la realización de estudios complementarios para descartar o confirmar el diagnóstico.<sup>4,10,12,22</sup> En el caso presentado, podemos notar que, durante la evaluación inicial del paciente, quizá hizo falta indagar y describir más a fondo la semiología de los signos y síntomas, la evolución del cuadro clínico, y las manifestaciones “pivote” de la oclusión intestinal. Es importante que, además de la exploración del abdomen, se realice siempre una revisión cardiovascular, pulmonar, y del aparato urogenital, con la finalidad de excluir causas extra abdominales de abdomen agudo, así como evitar sesgos cognitivos de procesamiento y toma de decisiones durante la atención de los pacientes.<sup>11,22</sup> En el presente caso, podemos notar que se presentaron algunas de dichas situaciones durante la valoración inicial y la evolución del paciente, lo que pudo llegar a dificultar el diagnóstico certero de manera oportuna.



## CONCLUSIÓN

El síndrome de abdomen agudo atípico en adultos mayores debe ser considerado para el diagnóstico de enfermedades como la oclusión intestinal, sobre todo si además son pacientes diabéticos y con deterioro cognitivo severo, tal como se observó en el caso clínico presentado. Considerando la frecuencia de comorbilidades que se presentan en la vejez, los cuadros de abdomen agudo por oclusión intestinal muchas veces no se manifiestan de manera clara, ni dan datos clínicos típicos de dicha entidad, lo que puede confundir, dificultar y retrasar el diagnóstico, y por lo mismo, demorar el tratamiento definitivo. En el caso presentado, es importante resaltar, por un lado, la importancia de realizar un adecuado interrogatorio y exploración física durante la valoración inicial de los pacientes, preservando los principios básicos de la propedéutica médica, así como la importancia de integrar un diagnóstico oportuno y la realización de estudios paraclínicos de forma ordenada y justificada, para tomar decisiones terapéuticas curativas.

## REFERENCIAS

1. Rodríguez-Baldassari EX, Calderón-Portilla AP, Torres-Criollo LM. Obstrucción Intestinal. En: Torres-Criollo LM, Álvarez-Ochoa RI, Pérez-Ramírez JE. Medicina de Urgencias Tomo 2. Argentina: Puerto Madero; 2022. p. 147-159.
2. Tavakkoli A, Stanley A, Zinner M. Intestino delgado. En: Brunicaudi F. Schwartz Principios de Cirugía Volumen 2. 11va ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2020. p. 1228-1233.
3. Nasir D, Marty M., Maniskas S., Kaufman H. Small and Large Bowel Obstruction. En: Petrone P, Brathwaite C (eds), Acute Care Surgery in Geriatric Patients, USA: Springer. 2023. p. 443-444.
4. Cecilia-Paredes EE, Echeverría-Cruz E, Quintana-González Y, Hernández-Días G, Delgado F. Caracterización de pacientes mayores de 60 años con oclusión intestinal atendidos en el Hospital Clínico Quirúrgico "Dr. León Cuervo Rubio". Universidad Médica Pinareña. 2021;17(2):1-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=108747>
5. Toto-Morales JG, Martínez-Munive A, Quijano-Orvañanos F. Características clínicas y tomográficas asociadas al manejo quirúrgico en pacientes con obstrucción intestinal de origen adherencial. Cirugía y Cirujanos. 2021; 89 (5): 588-594.
6. Galindo F. Síndromes obstructivos y pseudo-obstructivos del tubo digestivo. Enciclopedia de Cirugía Digestiva. 2011, Tomo I, Cap. 127. pág. 1-23. Disponible en: [www.sacd.org.ar](http://www.sacd.org.ar)
7. Ramírez A, Tagle M. Principales problemas gastroenterológicos en el adulto mayor. En: Penny-Montenegro E. Melgar-Cuellar F. Geriatria y Gerontología para el Médico Internista. Bolivia: La Hoguera Investigación; 2012. p. 539-549
8. Céspedes-Rodríguez HA, Bello-Carr A, Fernández-Pérez R. Abdomen agudo quirúrgico en el paciente geriátrico. Revista Cubana de Cirugía. 2020; 59(4): e\_923. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932020000400001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932020000400001)
9. Medina-Gamarra MD, Paruta-Sánchez ZJ, Quincha-Freire VR, Páez-Maldonado GA. Causas de abdomen agudo en adultos mayores. Recimundo. 2020; 4(1): 90-99. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/781>
10. Ugarte MJ. Enfrentamiento del paciente con dolor abdominal. Revista Médica Clínica las Condes. 2021; 32(4): 457-465.
11. Thonet-Rodas G, Avaria-Cantillana C, Pinto-Lara C. Abdomen agudo en paciente mayor. En: Santander-Rigollet S, Ramírez-Donoso G. Manual de Geriatria para Médicos. Chile: Ministerio de Salud; 2019. p. 164-171.

12. Díaz-Barzola A, Viteri-Rojas AM. La obstrucción Intestinal como Emergencia Médica: una revisión de la literatura. J Am Health. 2024; 7(2): 1-5. Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/200>
13. Bolívar-Rodríguez MA, Cortés-Ramos MA, Fierro-López R, Cázarez-Aguilar MA, Morgan-Ortiz F. Obstrucción del intestino delgado por adherencias. Rev Med UAS. 2020; 10(1): 34-50.
14. Leiva-Gea I, Miguel-Ramos J, Borrás-Pérez V, López-Siguero JP. Hipoglucemia. Protoc Diagn Ter Pediatr. 2019; 1: 171-182.
15. Gómez-Urquiza JL. Buenas prácticas en el manejo de la hipoglucemia. Colegio Oficial de Enfermería de Huesca. 2022 Disponible en: <https://www.colegioenfermeriahuesca.org/salusplay-nueva-infografia-basada-en-evidencias-buenas-practicas-en-el-manejo-de-la-hipoglucemia/#:~:text=El%20manejo%20y%20la%20actuaci%C3%B3n,%2C%20se%20tratar%C3%A1%20como%20tal>.
16. Chaves W, Martínez L, Díaz D, Hernández D, Sanabria M. Hipoglucemia en pacientes con diabetes mellitus en los servicios de urgencias de dos hospitales de Bogotá. Revista Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo. 2019; 6(4): 269-276.
17. Barranco-Castro D, González-Parra AC, Gómez-Rodríguez BJ. La gastroparesia. Una causa común de mala digestión en la persona con diabetes. Diabetes. 2023. Disponible en: <https://www.revistadiabetes.org/tratamiento/la-gastroparesia-una-causa-comun-de-mala-digestion-en-la-persona-con-diabetes/>
18. Abdelsayed N, Juarez A, Carter M. Severe Gastroparesis Leading to Hypoglycemia and Subsequent Seizures. Cureus. 2022; 14(10): e30527. DOI 10.7759/cureus.30527.
19. Téllez-Bolaños VG, Robles-Fernandes LF. Gastroparesia diabética severa: diagnóstico por descarte de síndrome constitucional en un adulto mayor: reporte de un caso. Revista Finlay. 2023; 13(2): 235-241.
20. Mayor V, Aponte D, Prieto R, Orjuela E. Diagnóstico y tratamiento actual de la gastroparesia: una revisión sistemática de la literatura. Rev Colomb Gastroenterol. 2020; 35(4): 471-484.
21. Amjad W, Qureshi W, Singh RR, Richter S. Nutritional deficiencies and predictors of mortality in diabetic and nondiabetic gastroparesis. Ann Gastroenterol. 2021; 34(6):788-795.
22. Rogers S, Kirton O. Acute Abdomen in the Modern Era. N Engl J Med. 2024; 391(1): 60-67.