



## 264/213 - ESTREÑIMIENTO EN PACIENTE DIABÉTICO

P. Becerra Esteban

Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Jerez de La Frontera. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Motivo de consulta: paciente que acude a consulta de su médico de familia por estreñimiento de cuatro días de evolución. Historia clínica: antecedentes personales: Alergia a betalactámicos. Apendicectomía a los 22 años. DM tipo II en tratamiento actual con glicazida y metformina. Anamnesis: varón de 55 años que consulta por estreñimiento de cuatro días de evolución sin referir otra sintomatología acompañante (no vómitos, no fiebre, no dolor abdominal, no pérdida de peso). Enfoque familiar y comunitario/social: familia normofuncionante con buena interacción en ámbito social.

**Exploración y pruebas complementarias:** Colaborador, eupneico en reposo, orientado en tiempo y espacio, no signos de focalidad neurológica a la exploración, palidez muco-cutánea leve. Auscultación cardio-pulmonar sin alteraciones en este momento. Exploración abdominal con leve defensa, abdomen globuloso, no doloroso a la palpación, percusión timpánica, ruidos hidroaéreos leves. Se palpa endurecimiento a nivel de hipocondrio izquierdo sin limitar masa. Blumberg y Murphy negativos, puño percusión renal bilateral negativa. Temperatura: 36,8 °C . TA: 112/86. FC: 75 lpm. Peso: 85 Kg. Sat O2. 95%. Se observa placa no descamativa hiperqueratósica color negruzca en borde interno axilar izquierdo no pruriginosa ni dolorosa. Analítica: hemoglobina: 10,8, leucocitosis con desviación a la izquierda, PCR 286, Hb glicosilada 8, glucosa 197 mg/dl, sin otras alteraciones. Radiografía abdominal: presencia de niveles hidroaéreos en marco cólico con ausencia de gas distal y dilatación de asas de intestino delgado.

**Juicio clínico:** Juicio clínico: Estreñimiento. Posible masa abdominal. Lesión dermatológica axilar. Diabetes mellitus tipo II.

**Diagnóstico diferencial:** Obstrucción intestinal. Pseudoobstrucción intestinal. Síndrome de Ogilvie. Neoplasia colorrectal. Acantosis nigricans.

**Comentario final:** Plan de actuación y tratamiento: ante los hallazgos nombrados se remite al paciente al hospital donde es valorado por Cirugía que solicita TAC abdominal en el que se visualiza abundante cantidad de aire extraluminal, peritoneal y retroperitoneal con extensión a mediastino por posible neoplasia sigmoidea. Se indicó cirugía de urgencia. Valorado por Dermatología durante ingreso para estudio de lesión dermatológica axilar. La inspección y exploración física del paciente es fundamental en el abordaje diagnóstico en atención primaria. Tenemos que prestar especial atención en realizar una anamnesis detallada y explorar al paciente, no centrándonos solamente en

el síntoma por el que consulta. Debemos conocer e identificar las posibles complicaciones del paciente diabético para poder realizar diagnósticos diferenciales, así como tener en cuenta los posibles diagnósticos de prevalencia a la edad de éste y a su enfermedad de base. En este caso el hecho de la realización de una exploración física exhaustiva en consulta junto al hallazgo de una lesión dermatológica significativa es fundamental para plantearnos juicios diagnósticos y realizar pruebas de imagen en el ámbito de Atención Primaria para confirmarlos.

## **Bibliografía**

1. Pérez Hernández CA. Estreñimiento agudo. En: Espinás Boquet J, Castro Gómez JA, Daza Asumendi P, et al, coord. Guía de actuación en atención Primaria, 4ª ed. Barcelona: Semfyc ediciones; 201. p. 355-8.
2. Romero Gómez M. Cáncer colorrectal: proceso asistencial integrado. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2004.