



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

482/186 - OCLUSIÓN INTESTINAL CON DIAGNÓSTICO FINAL INESPERADO

C. Martínez Badillo¹, N. Martín Salvador², C. García Iglesias³ y A. González Celestino⁴

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circunvalación. Valladolid. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 57 años, sin alergias conocidas, fumadora, con antecedentes de dislipemia. Acude a la consulta de su médico de familia por deposiciones diarreicas alternadas con ritmo intestinal normal. Refiere que hace semanas presentó un episodio de vómitos que duró dos días, sin dolor abdominal. Refiere además pérdida de apetito y de 5 kg de peso.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física destaca abdomen globuloso, muy timpanizado y sin ruidos hidroaéreos. Tacto rectal con restos de heces. En analítica sanguínea: plaquetas 578.000/mm³, con hemoglobina y leucocitos normales. PCR 32,1 mg/l. Bioquímica normal excepto fosfatasa alcalina 106 U/l. La radiografía abdominal objetiva dilatación de colon con niveles hidroaéreos, sugestivo de oclusión intestinal, y varias imágenes nodulares en parénquima pulmonar y hepático. Por ello, se decide envío a urgencias hospitalarias, donde realizan TAC abdominal que confirma neoplasia oclusiva de ángulo esplénico de colon con metástasis hepáticas y pulmonares. A través de colonoscopia se intentó colocar prótesis autoexpandible sin éxito, por lo que se realizó colectomía subtotal urgente, enviándose la pieza para estudio anatomopatológico.

Orientación diagnóstica: Adenocarcinoma de colon descendente, K ras mutado.

Diagnóstico diferencial: Diverticulitis. Vólvulo intestinal. Cuerpo extraño. Fecaloma.

Comentario final: La primera causa de obstrucción de intestino grueso es el cáncer colorrectal, seguido de los vólvulos y los divertículos. Hasta un 30% de los cánceres colorrectales debutan como oclusión. La localización más frecuente es ángulo esplénico y colon izquierdo. Debemos estar atentos a los signos de alarma que nos pueden orientar hacia un diagnóstico correcto. En nuestro caso, la anamnesis fue clave, seguida de la radiografía abdominal, que permitió el diagnóstico inicial, aunque el TAC objetivó el nivel de la oclusión y la causa. Así, debemos utilizar los medios disponibles en Atención Primaria para realizar una aproximación diagnóstica lo más certera posible.

Bibliografía

1. García-Granero Jiménez E, Frasson M. Cáncer de colon. En: Asociación Española de Cirujanos. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía colorrectal, 2ª ed.

Madrid: Arán. 2012. p. 265-76.

2. Moreno CC, Mittal PK, Sullivan PS, et al. Colorectal Cancer Initial Diagnosis: Screening Colonoscopy, Diagnostic Colonoscopy, or Emergent Surgery, and Tumor Stage and Size at Initial Presentation. *Clin Colorectal Cancer*. 2016;15: 67.

Palabras clave: Obstrucción Intestinal. Neoplasias colorrectales. Radiografía.