



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-166 - ¡DOCTORA, ME DUELE LA BARRIGA!

D. Fernández Torre^a, P. López Tens^b, A. Blanco García^a, E. Gil Camarero^c, J. Villar Ramos^d y M. Montes Pérez^e

^aCS Camargo Costa. ^bCS Cazoña. ^cCS Meruelo. ^dCS Dávila. ^eCS Camargo Interior.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 53 años con antecedentes personales de HTA, dislipemia, hepatopatía crónica de origen mixto (OH y VHC+) en abstinencia alcohólica desde hace 8 años e intervenido quirúrgicamente de apendicectomía, que acude a nuestra consulta de atención primaria por dolor abdominal difuso con distensión significativa progresiva de un par de semanas de evolución. Interrogando al paciente nos comenta ausencia de deposiciones en la última semana. Además asocia náuseas y algún vómito alimenticio ocasional. Niega fiebre o sensación distérmica, pérdida ponderal importante, edemas en miembros inferiores, ortopnea, DPN y otra clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Abdomen blando, globuloso, dolor difuso a la palpación, hepatomegalia de 2 cm, masa mal definida en FII, ruidos hidroaéreos disminuidos. Murphy-. No ascitis. No peritonismo. Tacto rectal normal. Ante la sospecha de abdomen agudo (cuadro obstructivo) decido derivar al paciente al hospital. A su llegada el paciente permanece estable y afebril, con reagudización clínica por lo que se realizó analítica completa (normal), radiografía abdominal (distensión asas intestinales y ausencia gas distal) y se administró analgesia endovenosa. Valorado por Cirugía General que solicitó un TAC abdominal que presento una obstrucción mecánica severa por proceso neofornativo estenosante de sigma con afectación metastásica hepática. Se realizó una endoscopia digestiva baja que mostró a unos 25 cm, una lesión estenosante de aspecto neofornativo de 2 cm de longitud que impedía el paso del endoscopio. Se procedió a la colocación de una prótesis endoscópica endoluminal. La anatomía patológica mostro un adenocarcinoma infiltrante y ulcerado de sigma de tipo tubular. Posteriormente, el paciente es seguido en Consultas de Cirugía General y Oncología programándose un ingreso hospitalario para realización de cirugía diferida. Se realizó colectomía laparoscópica y una ecografía intraoperatoria (que evidencia 4 LOES hepáticas). El paciente evolucionó favorablemente sin presentar complicaciones significativas.

Juicio clínico: Cuadro obstructivo mecánico severo secundario a adenocarcinoma estenosante de sigma con afectación metastásica hepática.

Diagnóstico diferencial: Una vez descartados otros procesos por sus antecedentes personales y la clínica debemos pensar en un cuadro obstructivo. Entre las causas destacan las mecánicas (exógena o endógena: neoplasias, vólvulos, bridas, hernias, EII...), íleo paralítico/espástico (infección, postoperatorio, enfermedades graves...) y una mezcla de ambas.

Comentario final: La aparición de signos de alarma así como una exploración física anómala fueron

determinantes para derivar al paciente a urgencias para un estudio más exhaustivo. El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente en las consultas de atención primaria. Es importante identificar los signos de alarma así como una rápida intervención que mejoran el pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alese O, Kim S, Chen Z, Owonikoko T, El-Rayes B. Management patterns and predictors of mortality among US patients with cancer hospitalized for malignant bowel obstruction. *Cancer*. 2015.
2. Anthony T, Baron T, Mercadante S, Green S, Chi D, Cunningham J, et al. Report of the clinical protocol committee: development of randomized trials for malignant bowel obstruction. *J Pain Symptom Manage*. 2007;34(1 Suppl):S49-59.
3. Bordeianou L, Yeh DD. Overview of management of mechanical small bowel obstruction in adults. *UpToDate*; 2015.