



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1072 - Adenocarcinoma de colon transverso

M. Borrallo Herrero, M.P. Blanco Lara y B. Casado Ortega

Médico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 82 años con antecedentes personales de FA, HTA y DM tipo II. Acude a consulta con dolor abdominal de semanas de evolución autolimitado, en dicho momento asintomático; no cambios en el hábito intestinal, náuseas ni vómitos, no existe pérdida de peso. Vuelve a consulta a los dos meses por persistir la clínica, se le solicita una ecografía. El paciente acude a urgencias en varias ocasiones donde se sospecha un estreñimiento y el paciente mejora tras la aplicación de enemas. Vuelve a consulta a recoger los resultados de la ecografía y refiere continuar con la clínica y una pérdida de peso no cuantificada, motivo por el cual es derivado al servicio de digestivo. A la espera de ser citado, el paciente acude a urgencias en esta ocasión con aumento del dolor, ha presentado dos episodios de náuseas, vómitos y diarrea en los últimos días.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración abdomen blando y depresible, dolor a la palpación de planos profundos en hipogastrio derecho, no se palpan masas ni megalias; ruido abdominal conservado. Analítica con tres series y sistemático de orina compatible con la normalidad. Tacto rectal: conserva tono esfinteriano. Próstata de consistencia y tamaño dentro de la normalidad. Dedil sin sangre. Ecografía: quiste cortical en tercio medio del riñón derecho de unos 3 cm. Radiografías de abdomen: aire distal y en marco cólico. Patrón en miga de pan. TAC: engrosamiento parietal irregular, estenosante de unos 17 mm. de longitud a nivel de colon transverso que provoca una dilatación de colon proximal así como de intestino delgado. Se evidencia imagen sugestiva de neumatosis intestinal en relación con sufrimiento de asas. Colonoscopia: llega a 100 cm del ano donde existe lesión estenosante infranqueable de aspecto tumoral. Se visualizan tres lesiones polipoides milimétricas en sigma y colon descendente que se extirpan sin recuperar.

Juicio clínico: Adenocarcinoma estenosante de colon transverso con dilatación de colon proximal.

Diagnóstico diferencial: Nos planteamos el diagnóstico diferencial de las causas que provocan dolor abdominal, síntoma cardinal de este paciente, como son: ERGE. Úlceras gastroduodenales. IAM, especialmente en el paciente diabético. Intestino irritable. Enfermedad inflamatoria intestinal. Estreñimiento. Obstrucción intestinal.

Comentario final: Además de por la clínica más larvada y tardía, en ocasiones inexistente, se ha demostrado que en el colon proximal son más frecuentes alteraciones moleculares relacionadas con la existencia de cáncer de colon. Todo ello añadido a la dificultad para acceder con las técnicas diagnósticas actuales a esta zona respecto a colon distal, hacen que sea más complicada su detección y control. Es de gran relevancia en nuestra práctica clínica diaria estar alertas y ante la

mínima sospecha solicitar un estudio avanzado del paciente especialmente en aquellos con factores de riesgo incluidos los familiares de primer grado de pacientes diagnosticados de tumores colorrectales.

BIBLIOGRAFÍA

1. AECC. Cáncer colorrectal, una guía práctica. 2002.
2. PLCO Cancer Screening Trial project team. Colorectal-Cancer Incidence and Mortality with Screening Flexible Sigmoidoscopy. N Engl J Med. 2012;366:2345-57.