



160/2718 - PRUEBAS DE IMAGEN EN EL DOLOR ABDOMINAL, A VECES NOS OLVIDAMOS PENSAR

T. Martínez Boyero^a, R. Regla Marín^b, N. Lozano Torrubia^c y A. Valero Torres^d

^aMédico Residente de 4º año. Centro de Salud Torre Ramona. Zaragoza. Sector II. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunicativa. Centro de Salud Oliver. Zaragoza. ^dMédico Residente 4º año. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: AP: migrañas, obesidad. IQ: cesárea. Dolor abdominal FII de 24h de evolución, constante, sin irradiación. Afebril. Estreñimiento en los últimos días. Exploración: dolor selectivo en FII sin defensa abdominal, timpanismo. Impresiona de dolor abdominal en relación con estreñimiento. Pedimos analítica, analgesia y control ambulatorio en 24h. La paciente mejora, analítica normal. A los dos meses vuelve por episodio similar, dolor en FII desde hace 6 días, más agudo que el anterior, aumenta con Valsava y movimientos, afebril. Persiste hábito estreñido. Exploración: dolor en FII con posible masas en dicho nivel, difícil de valorar. Derivamos a urgencias para realización de analítica y ecografía abdominal. Urgencias: analítica destacando 12000 leucos, ecografía abdominal: en FII junto a sigma colección inflamatoria de 15 × 43 × 16 mm compatible con diverticulitis complicada. Ingresa en cirugía para ATB, realizando ecografía abdominal al alta encontrando engrosamiento en pared de sigma con colección adyacente, sin variaciones. Alta con diagnóstico de diverticulitis de colon y ATB, evolucionando favorablemente. En el mes siguiente dos visitas al CS por estreñimiento, sin otra sintomatología y abdomen normal. Recomendamos medidas higiénico-dietéticas. Está en estudio por CCEE de digestivo, pendiente de colonoscopia. A los 6 meses del primer episodio, vuelve a consultar por el mismo dolor en FII, exploración dolor selectivo FII. Dados sus antecedentes derivamos a urgencias para realización de pruebas. Analítica con PCR 3,75, resto normal. ECO abdominal: algún divertículo en sigma sugestivo de edema de la grasa de vecindad. Dan el alta con ATB. A las 24h vuelve a urgencias por fiebre de 38,5 °C, sin otros cambios en sintomatología. Analítica sin variaciones, ecografía abdominal sin líquido libre ni colecciones. Dan el alta tras 12h de observación y ATB IV, con el mismo tratamiento. Al mes siguiente vuelve a urgencias hospitalarias por la misma clínica, con defensa abdominal en FII y plastrón inflamatorio a la exploración, analítica normal y eco abdominal: engrosamiento concéntrico de pared de sigma entre 6 y 10 cm, engrosamiento de grasa mesentérica y colección en cara lateral sugestivo de colección inflamatoria/absceso. Ingresa en cirugía para tratamiento, TC abdominal: hallazgos sugestivos de cuadro inflamatorio, aun cuando no se puede descartar patología neofomativa. Dan de alta, tras ATB, con diagnóstico de diverticulitis aguda y cita para colonoscopia muy preferente. En colonoscopia: tumor circunferencial, estenosante, mamelonado, infiltrado, ulcerado a unos 50 cm de ano. Ingresa para estudio preoperatorio, interviniendo de forma programada 10 días después. Pendiente de visita por oncología médica.

Exploración y pruebas complementarias: Juicio clínico: Cáncer de colon.

Diagnóstico diferencial: Estreñimiento, meteorismo, diverticulitis, gastroenteritis inespecífica, enfermedad inflamatoria intestinal.

Comentario final: Aunque la incidencia del cáncer colorrectal en menores de 40 años sin antecedentes familiares es bajísima, y hoy en día las pruebas complementarias en nuestro medio son el eje central del diagnóstico médico, en algunos casos, cuando la evolución es tórpida, tenemos que pararnos a pensar en los síntomas y recapitular todas las opciones diagnósticas que presenta un paciente.