



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1449 - ¿"Simplemente" estreñimiento?

E. Sánchez Pablo<sup>a</sup>, M.C. Moreno Vivancos<sup>b</sup>, M.I. Gómez López<sup>a</sup>, A.B. Moreno Hernández<sup>a</sup>, C. Celada Roldán<sup>c</sup>, M. González<sup>d</sup>, A. Martínez Más<sup>e</sup>, I.M. Martínez Ardil<sup>e</sup>, S.I. Roncero Martín<sup>f</sup> y C. Botías Martínez<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Área de Salud II. Cartagena. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. <sup>f</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>g</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Acude a la puerta de Urgencias de nuestro hospital un varón de 68 años con estreñimiento y malestar abdominal de 7 días de evolución, con escaso ventoseo y ausencia completa del mismo desde hace 3 días. Por la mañana ha comenzado con dolor abdominal intenso que dificulta la deambulación y cede parcialmente con analgesia, asociando náuseas y vómitos. No asocia fiebre ni síndrome miccional. AP: no AMC. HTA. Apendicetomizado hace 15 años. Prótesis bilateral de cadera. Síndrome ansioso depresivo. No estreñimiento previo. Tratamiento: amlodipino/valsartan, venlafaxina, oxazepam.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Consciente y orientado. Normohidratado y normocoloreado. Afebril. Abdomen algo distendido y timpánico, blando y depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca y flanco izquierdos, con defensa y sin signos de irritación peritoneal, donde impresiona palpar masa sólida. Disminución de ruidos hidroaéreos. Tacto rectal no se aprecian masas, esfínter no doloroso, normotónico dedil manchado con restos de heces. Analítica: glucosa 113, creatinina 1,72, Hb 15.4, leucocitos 13.500, neutrofilia 82%. Coagulación normal. Rx abdomen: dilatación de asas de intestino delgado, colon aireado hasta ángulo esplénico, sin apreciar aire distal.

**Juicio clínico:** Obstrucción intestinal secundaria a tumoración colon descendente.

**Diagnóstico diferencial:** Estreñimiento simple. Pseudoobstrucción intestinal. Obstrucción intestinal mecánica o funcional.

**Comentario final:** El estreñimiento es un motivo de consulta muy frecuente, tanto en las consultas del Centro de Salud como en los servicios de Urgencias, y ya sea crónico o agudo. Pero no debemos olvidar que, aunque en la mayoría de los casos se trata de procesos banales y que se resuelven con medidas higiénico dietéticas, puede ser el síntoma más visible y expresión de una patología subyacente de mayor entidad. En nuestro caso, tras los hallazgos de la exploración física y las pruebas complementarias, se contactó con el cirujano de guardia del hospital para que valorase al

paciente. Ante la sospecha de obstrucción intestinal, se continuaron los estudios con TC abdomen, que mostró dilatación de intestino delgado y de colon hasta colon descendente, con engrosamiento parietal y nodular que se extiende a la grasa pericolónica infiltrando el peritoneo parietal y pequeñas imágenes ganglionares regionales, correspondiente a neoplasia de colon. Pequeña cantidad de líquido en pelvis. (Conclusión: Obstrucción de colon secundaria a neoplasia estadio T4) y colonoscopia, donde, a 50 cm masa excrecente friable que estenosa la casi totalidad de la luz siendo infranqueable al paso del endoscopio compatible con neoplasia maligna de colon. Se procedió a colocar prótesis colónica que consigue restablecer el tránsito intestinal, no considerándose al paciente subsidiario de procedimientos más invasivos por el avanzado estadio de la enfermedad.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Camilleri M, Murray JA. Diarrea y estreñimiento. In: Longo DL, Kasper DL, Jameson J, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J. eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª edición. New York, NY: McGraw-Hill; 2012.
2. Azpiroz Vidaur F. Trastornos de la motilidad intestinal.
3. Farreras-Rozman. Medicina interna, Capítulo 18, 137-44.