



## 242/3117 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MALIGNA: DIFICULTAD DE LA TOMA DE DECISIONES EN EL PACIENTE PALIATIVO

S. Blasco Muñoz<sup>a</sup>, C. Sánchez Pérez<sup>b</sup>, E. Sánchez Pablo<sup>c</sup>, M. Conesa Espejo<sup>d</sup>, A. Salas Sola<sup>e</sup> y A. Piñana López<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mazarrón. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia.

<sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. <sup>e</sup>Médico de Familia. ESAD Cartagena. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 39 años sin AP de interés consulta en Atención Primaria por dolor abdominal en flanco y fosa ilíaca derechas, de un mes de evolución, con alternancia de estreñimiento y heces blandas. Hiporexia y plenitud posprandial. Pérdida de 10 kg en 2 meses. Analítica general y ecografía abdominal sin hallazgos relevantes. Ante la persistencia de signos de alarma se solicita TAC abdominal; con hallazgos de carcinomatosis peritoneal. Tras ser ingresado es diagnosticado de carcinoma gástrico difuso y carcinomatosis peritoneal. Tres meses más tarde, de manera súbita comienza con aumento de dolor abdominal difuso, estreñimiento, náuseas y vómitos alimenticios con exacerbación nocturna. Se remite al servicio de Urgencias por sospecha de oclusión intestinal, que se confirma mediante prueba de imagen. Se inicia tratamiento sintomático, con mala tolerancia a sonda nasogástrica por lo que se decide implantación de PEG (gastrostomía endoscópica percutánea) de descarga. Se decide conjuntamente entre Oncología, Endocrinología y Nutrición intentar alta a domicilio con nutrición parenteral periférica, por lo que tras entrenamiento a la familia se decide alta a domicilio, con control por médico de Atención Primaria y Equipo de Soporte y Atención a Domicilio (ESAD).

**Exploración y pruebas complementarias:** Mal estado general. CyO. Postrado. Bradipsíquico. Somnoliento. No signos de deshidratación e hipoperfusión. Eupneico. AC: rítmico, a 80 lpm, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado y simétrico. Abdomen indurado de manera generalizada, sobre todo en epigastrio y nodulaciones palpables en abdomen. Rx abdomen: múltiples niveles hidroaéreos, ausencia de aire en ampolla rectal.

**Juicio clínico:** Oclusión intestinal maligna.

**Diagnóstico diferencial:** Obstrucción intestinal, pseudoobstrucción intestinal, fecaloma, vólvulo.

**Comentario final:** La oclusión intestinal es una complicación frecuente en enfermos oncológicos avanzados, especialmente en tumores digestivos. Entre el 31 y el 42% de los pacientes inoperables presentan una resolución espontánea del cuadro oclusivo. La toma de decisión respecto al tratamiento suele ser difícil por las implicaciones éticas. Las alternativas terapéuticas son: cirugía, prótesis autoexpandibles, tratamiento conservador, nutrición total parenteral, hipodermocclisis.

## **Bibliografía**

1. Porta J, Gómez-Batiste X, Tuca A. Manual control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Pozuelo de Alarcón, Madrid: Enfoque; 2013:122-32.

**Palabras clave:** Obstrucción intestinal. Carcinomatosis peritoneal. Cuidados paliativos.