



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/2697 - ESTREÑIMIENTO Y CÁNCER

B. Martínez Baeza<sup>a</sup>, G. Alonso Sánchez<sup>b</sup>, A. Corbalán Fernández<sup>a</sup>, C. Hosseinpour Olivares<sup>c</sup>, R. Cantón Cortés<sup>c</sup> y N. Vicente Gilbert<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caravaca de la Cruz. Murcia.

<sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caravaca de la Cruz. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calasparra. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 63 años que acude a consulta de atención primaria por estreñimiento de larga evolución y molestias abdominales de un mes de duración, asociado a pérdida de peso no cuantificada. Como antecedentes personales cabe destacar que es diabético tipo 2 y padece HBP. Se solicita analítica con marcadores tumorales y SOH y ante los hallazgos se deriva a atención especializada por sospecha de proceso maligno.

**Exploración y pruebas complementarias:** REG, normocoloreado, normohidratado, eupneico, afebril. TA: 121/87. SNC: no signos de focalidad neurológica. Abd: blando y depresible, doloroso de manera difusa sin signos de irritación peritoneal, no masas ni megalias, PPRB negativa. Peristaltismo conservado. No globo vesical. Signos de ascitis a tensión. Tacto rectal: esfínter tónico, ampolla rectal libre sin restos de heces, sin dolor a la palpación. MMII: no edemas. Bioquímica: glucosa: 236, urea: 27, creatinina: 0,82, sodio: 139, potasio: 3,8. Folato: > 23,3; Vit B12 > 1.500. Hemograma: leucocitos: 6.250, neutrófilos 74,7%, linfocitos: 11,7%, hematocrito: 37,9%, hemoglobina: 12,1, plaquetas: 253.000. Marcadores tumorales: CA125 58,1, resto normal. Rx tórax y Rx abdomen: sin hallazgos patológicos. TAC abdominopélvico sin contraste: se evidencia ascitis masiva, carcinomatosis peritoneal y además nódulo en pared de recto que ocasiona estenosis e imagen en semicorazón de manzana, sugerente de proceso neoplásico.

**Juicio clínico:** Cáncer colorrectal.

**Diagnóstico diferencial:** EEI, diverticulitis, obstrucción secundaria a bridas, vólvulo intestinal, cáncer colorrectal, hernia.

**Comentario final:** El cáncer colorrectal (CCR) es la tercera forma más común de cáncer en todo el mundo afectando de igual forma a hombres y mujeres. La atención primaria juega un rol fundamental en la detección precoz del CCR concienciando a los pacientes de la importancia de realizar los exámenes de cribado correspondientes: test de sangre oculta en heces y colonoscopia. El cribado se inicia a partir de los 50 años en la población general, con una periodicidad de uno-dos años para el TSOH y de 10 años para la colonoscopia. En pacientes con factores de riesgo el cribado se adelanta a los 40 años. Finalmente nuestro paciente fue intervenido quirúrgicamente con evolución posterior favorable.

## **Bibliografía**

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.
2. Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de actuación en urgencias, 4ª ed. 2012.

**Palabras clave:** Estreñimiento. Cáncer colorrectal.