



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/1400 - DOCTORA, ME DUELE LA BARRIGA

Y. Prados Rodríguez<sup>a</sup>, A. Ramírez Villar<sup>b</sup>, N. Zambrana Pérez<sup>c</sup> y M. Prieto Sánchez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Velada. Cádiz. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Roque Sur. Hospital Comarcal La Línea de La Concepción. Cádiz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 78 años, hipertensa y diabética acude a urgencias por dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio de varias semanas de evolución junto a cuadro emético con estreñimiento asociado y heces sin productos patológicos. Sin fiebre ni otra sintomatología acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. Bien hidratada y perfundida. ACP: rítmica sin soplos, MVC. Abdomen: blando, depresible, no distendido. No se palpan masas ni signos de peritonismo. Ruidos peristálticos presentes. MMII sin edemas ni datos de TVP. Analítica: Hb 10,2, HCT 32,6, VCM 81,7, leucocitos 14,1 con 84,7% de neutrófilos, PCR 2,9. Rx abdomen: Imagen de dilatación de asas con afectación de colon descendente (estenosis de luz colónica). TAC abdomen con contraste: hígado de tamaño, morfología y densidad normal. No se observan LOEs. Páncreas, bazo y glándulas suprarrenales y ambos riñones sin hallazgos. Discreta distensión de colon, proximal a colon descendente donde se observa un tramo largo filiforme que se distiende, de unos 6-7 cm, que recomiendo valorar con colonoscopia. No se observan adenopatías mesentéricas, retroperitoneales ni iliofemorales de tamaño significativo. No se observa líquido libre. Colonoscopia: se visualiza proceso neofornativo a nivel de colon descendente que se biopsia con resultado de adenocarcinoma de colon.

**Orientación diagnóstica:** La clínica y Rx de abdomen nos orientan en un principio a un caso de suboclusión intestinal, de etiología a filiar mediante realización de más pruebas de imagen y colonoscopia.

**Diagnóstico diferencial:** Tenemos distintas causas que nos puedan provocar una oclusión intestinal. Tendríamos que hacer un diagnóstico diferencial etiológico entre un proceso neofornativo, hernias abdominales, bridas, divertículos, etc.

**Comentario final:** La obstrucción intestinal es una alteración mecánica significativa o la detención completa del tránsito a lo largo del intestino. Los síntomas son dolor cólico, vómitos y ausencia de gases. El diagnóstico se confirma mediante radiografías de abdomen. El tratamiento consiste en reposición de líquidos, aspiración nasogástrica y, en la mayoría de los casos de obstrucción completa, cirugía. Las causas más comunes de obstrucción mecánica son las adherencias o bridas,

las hernias y los tumores.

### **Bibliografía**

1. Quevedo Guanche L. Oclusión intestinal. Clasificación, diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Cir. 2007;46(3).

**Palabras clave:** Dolor abdominal. Suboclusión intestinal. Cáncer colorrectal.