Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2085

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/551 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL ESTREÑIMIENTO

C. Dieguez Varela[1], A. Valle Fuente[2] y V. Centeno Rebollo[3]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Natahoyo. Gijón. Asturias. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Calzada II. Gijón. Asturias. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montevil. Gijón. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 47 años sin alergias medicamentosas ni antecedentes de interés, que acude a consulta de Atención Primaria por dolor abdominal sobre todo en hipogastrio de 15 días de evolución, más acentuado en los últimos 4 días, asociando estreñimiento pertinaz, por el cual ya había consultado previamente y sin mejoría a pesar de dieta rica en fibra recomendada. Sin fiebre u otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. Buen estado general. Abdomen: blando, depresible, levemente doloroso en hipogastrio con sensación de ocupación a ese nivel, sin defensa, ni peritonismo. Tacto rectal: no doloroso, ampolla vacía, dedil limpio. Dada la evolución y la exploración física se deriva a Urgencias del Hospital de referencia, donde se solicita: Analítica: destaca 19.280/mm^3 leucocitos con 85,8% neutrófilos, PCR 208,5 mg/dl. Radiografía tórax: normal. Radiografía abdomen: ausencia de gas en hemicolon izquierdo y recto. TAC Abdominal: pared de colon sigmoide engrosada, hiperealzada tras contraste, colección de unos 7 cm y cambios inflamatorios en grasa mesentérica. Hallazgos sugestivos de sigmoiditis aguda.

Orientación diagnóstica: Diverticulitis aguda complicada con absceso.

Diagnóstico diferencial: Posibles causas orgánicas de estreñimiento: hernias, bridas, vólvulos, mesenteritis retráctil, diverticulitis, colitis isquémica, enfermedad inflamatoria, tumores (bien por compresión extrínseca o intraluminales), alteraciones anorrectales (fisuras, hemorroides, fístulas o tumores).

Comentario final: Evolución del paciente: ingresó para tratamiento con piperacilina/tazobactam, presentando buena evolución. En TAC de control persiste el engrosamiento de paredes de colon sigmoide, hallándose una lesión sugestiva de neoformación estenosante en la colonoscopia. Se biopsia (anatomía patológica pendiente), se solicita TAC tórax y colono-TAC (pendientes) y se incluye en lista de espera quirúrgica por sospecha de adenocarcinoma de colon. El estreñimiento es la causa más frecuente de consulta por síntomas gastrointestinales. Deben seleccionarse aquellos pacientes tributarios de una prueba complementaria para excluir una lesión estructural basándose en la historia clínica, examen físico y analítica elemental. El cáncer de colon es una causa rara de estreñimiento, aunque debe tenerse presente siempre.

Bibliografía

1. Mearin F, Balboa A, Montoro MA. Estreñimiento. En: Montoro MA, García Pagán JC. Gastroenterología y Hepatología: Problemas Comunes en la Práctica Clínica, 2ª ed, Jarpyo Editores S.A, Madrid, 2012. P. 147-70.

Palabras clave: Estreñimiento. Diverticulitis. Neoplasia.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.