



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/1786 - UN ESTREÑIMIENTO QUE NO VA BIEN

M. Esclapez Boix¹, M. Díaz García², E. Martínez de Quintana³ y J. Ruíz Batista⁴

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almoradí. Almoradí. Alicante. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Catral. Catral. Alicante. ³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Callosa de Segura. Callosa de Segura. Alicante. ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Albaterra. Albaterra. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 61 años que presentaba dolor abdominal de 3-4 semanas de evolución, que en los últimos días inició con náuseas, vómitos y estreñimiento. Sin clínica miccional, fiebre o síndrome constitucional. En los últimos 2 meses mostraba consultas por síntomas gastrointestinales. Como antecedentes, era fumadora de 21 paquetes/año. Trasplante renal izquierdo hacía 24 años por glomerulonefritis membrano-proliferativa, en tratamiento con inmunosupresores. Se remitió a Urgencias Hospitalarias, donde se orientó el cuadro a una obstrucción intestinal adherencial, e ingresó a cargo de Cirugía general. Se inició un tratamiento conservador, pero ante la tórpida evolución se realizó TAC y colonoscopia, diagnosticándose una neoplasia de colon como causa de la obstrucción, precisando cirugía.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, tensión arterial 115/52 mmHg, frecuencia cardíaca 88 lpm, saturación O₂ 97%. Buen estado general. Normohidratada. Abdomen blando y depresible, molestias a la palpación profunda generalizada sin signos de irritación peritoneal ni masas palpables. Peristaltismo aumentado. Tacto rectal ampolla vacía. Analítica: PCR 2,3, Creatinina 0,78 mg/dl, hemoglobina 14,1 g/dl, marcadores tumorales negativos. Radiografía de tórax: sin alteraciones. Radiografía de abdomen en bipedestación: Niveles hidroaéreos. TAC abdomen: lesión hiperdensa de 35 mm en porción inferior de colon derecho. Colonoscopia: Neoplasia estenosante de colon derecho. Anatomía patológica de la pieza quirúrgica: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado ulcerado, que infiltraba a toda la pared, márgenes libres.

Orientación diagnóstica: Obstrucción intestinal. Neoplasia maligna de colon.

Diagnóstico diferencial: Enteritis, cólico biliar, pancreatitis, diverticulitis.

Comentario final: Una causa frecuente de obstrucción intestinal en un paciente con antecedentes de cirugía abdominal son las adherencias o bridas, pero no se deben olvidar otras como hernias, vólvulos o tumores. La causa más común de obstrucción a nivel de intestino grueso es el cáncer de colon, sin embargo se estima que solo un 2-5% de estos pacientes debutan con una obstrucción completa, siendo más frecuente a nivel de colon izquierdo. En nuestra paciente el tabaquismo y la instauración subaguda nos podía orientar a la etiología neoplásica del cuadro.

Bibliografía

1. Palomar Alguacil V, Jiménez Murillo L. Obstrucción intestinal. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier, 2015, p. 321-3.

Palabras clave: Obstrucción intestinal. Dolor abdominal.