



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## P-167 - INCONTINENCIA FECAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

E.M. Fernández Cueto<sup>a</sup>, F.J. Calderón Moreno<sup>b</sup>, E. Schmucke Fortty<sup>c</sup> y A.M. Fernández López<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS El Algar Mar Menor. <sup>b</sup>CS Camposol. <sup>c</sup>CS Casco Antiguo Cartagena.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente masculino de 73 años de edad, sin antecedentes personales de interés ni alergias medicamentosas conocidas que acude a la consulta de atención primaria refiriendo cuadro de incontinencia fecal de seis meses de evolución, con salida de líquido claro, de predominio nocturno y en relación con los esfuerzos, de escasa cantidad y sin productos patológicos. Solicitamos analítica completa con marcadores tumorales y sangre oculta en heces, tras resultados decidimos remitir a vía rápida de medicina interna para completar estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física y tacto rectal normal. Analítica: antígeno carcinoembriónico (CEA): 6,1. TAC tórax/abdomen/pelvis con contraste: pequeño nódulo pulmonar de 3 mm en lóbulo inferior izquierdo inespecífico. Importante defecto de repleción en recto medio y superior con vasos en su interior sugestivo de adenoma vellosa. Colonoscopia: en recto a unos 8 cm del margen anal se observa gran tumor vellosa que ocupa toda la luz, a la vez casi toda la circunferencia de un tamaño aproximado de 9 cm y que se extiende proximalmente unos 5 cm del que se toman varias macrobiopsias para descartar degeneración neoplásica antes de intentar su mucosectomía completa. A 15 cm del margen anal pólipo semipedunculado de unos 11 mm que se reseca con asa sin complicaciones. Sigma, colon descendente y transversa sin lesiones. En ascendente proximal unos 3 cm por encima del ciego se observa placa vellosa de unos 18 mm que también se reseca. Anatomía patológica: 1) Adenoma vellosa con extensas áreas de displasia de alto grado. No se ha observado infiltración de la submucosa en ninguno de los fragmentos. 2) Adenomas tubulares.

**Juicio clínico:** Pólipo vellosa con degeneración a carcinoma *in situ*.

**Diagnóstico diferencial:** Causas de incontinencia fecal: diabetes mellitus, esclerosis múltiple, demencia, lesiones medulares. Incontinencia por rebosamiento. Impacto fecal. Poscirugía anorrectal.

**Comentario final:** El cáncer colorrectal es una neoplasia muy frecuente en nuestro medio. Se estima que afecta aproximadamente a uno de cada 20 individuos y en especial a la población anciana. El Marcador tumoral por excelencia en el cáncer colorrectal es el CEA, que representa el primer MT identificado para el cáncer colorrectal. Se trata de una glucoproteína de adhesión celular producida, en cantidades variables, por más del 90% de los carcinomas colorrectales primarios. Sin embargo, tiene un valor limitado para el diagnóstico inicial de la enfermedad, ya que muestra una baja sensibilidad para detectar los estadios iniciales de la enfermedad. Además, posee una pobre especificidad debido a que se pueden encontrar valores positivos de sus concentraciones séricas en

muchas enfermedades benignas y también en la mayoría de los carcinomas avanzados de diverso origen. Ante un paciente con incontinencia fecal siempre debemos descartar origen neoplásico.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Marzo Castillejo M, Bellas Beceiro B, Melus Palazón E, Vela Vallespín C, Nuin Villanueva M, Vilarrubi Estrella M. Prevención del cáncer. Grupo de Prevención de Cáncer del PAPPs. PAPPs; 2009.
2. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) guidelines.