



262/287 - ANEMIA FERROPÉNICA A ESTUDIO

M. Forte Guerrero^a, E. Barrios Campal^b, R. Barrios Campal^c, A. Cantero Macedo^d y C. López Bernáldez^d

^aCentro de Salud Valdepasillas. Badajoz. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familia y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz. ^cGraduada en Medicina General. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 49 años, bebedor crónico, sin alergias medicamentosas conocidas y sin antecedentes personales que acude al servicio de urgencias por presentar distensión abdominal de 24h de evolución. Esta distensión se acompaña de molestias asociadas y disnea progresiva sin clínica catarral. Niega vómitos. Comenta aumento de deposiciones de consistencia líquida en los últimos días sin clínica miccional asociada. Astenia progresiva en los últimos meses. Pendiente de estudio por Medicina Interna por Anemia. No otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 123/86. Afebril. Saturación oxígeno 92%. Regular estado general, vigil, orientado y colaborador. Leve disnea de reposo. Tinte icterico. Auscultación cardiaca: rítmica, controlada, sin soplos. Auscultación pulmonar: hipofonesis en ambas bases. Abdomen: globuloso, timpánico a la percusión. Molestias generalizadas a la palpación. Radiografía tórax: elevación hemidiafragma derecho por aumento de asas. Radiografía de abdomen: signos de neumoperitoneo con dilatación de asas. Hemograma: hemoglobina 7,9 g/dl. TAC abdomen: engrosamiento parietal en sigma medio-distal, de una longitud aproximada de 9 cm, localizada en FID (sigma redundante) asociado a masa de partes blandas adyacente extensa, supravesical-hipogástrica, de unos 9 cm de eje transversal por 9,6 cm aproximados craneocaudal asociados a dilatación obstructiva proximal colónica. Diagnóstico: hallazgos sugestivos de obstrucción intestinal colónica por probable proceso neofornativo en sigma medio-distal perforado asociado a probable fístula vesical y peritonitis fecaloidea.

Juicio clínico: Neoplasia de colon.

Diagnóstico diferencial: Diverticulosis. Diverticulitis. Pólipos adenomatosos. Enfermedad inflamatoria intestinal. Colitis infecciosa. Hemorroides. Isquemia intestinal. Síndrome del colon irritable. Deficiencia de hierro debidas a otras causas.

Comentario final: Con este caso recalcar la importancia del diagnóstico diferencial y el estudio de anemias. Especialmente en este caso, paciente joven sin antecedentes de interés con hemoglobina de 7,9 g/dl.

Bibliografía

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2017. *CA Cancer J Clin.* 2017;67:7.
2. Jemal A, Bray F, Center MM, et al. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 2011;61:69.
3. Giardiello FM, Allen JI, Axilbund JE, et al. Guidelines on genetic evaluation and management of Lynch syndrome: a consensus statement by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Dis Colon Rectum.* 2014;57:1025.