



## P-286 - ESTENOSIS SOSPECHOSA DE CÁNCER COLORRECTAL SECUNDARIA A ÚLCERA SOLITARIA COLÓNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alberca Páramo, Ana<sup>1</sup>; Moreno Montesinos, Jose Martín<sup>2</sup>; Pineda Navarro, Noelia<sup>2</sup>; Marchal Santiago, Amando<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Infanta Margarita, Cabra; <sup>2</sup>Hospital San Agustín, Linares.

### Resumen

**Introducción:** Describimos el caso de una paciente con sospecha en pruebas de imagen y clínica de estenosis maligna de origen cólico con diagnóstico definitivo de patología benigna.

**Caso clínico:** Mujer de 61 años que acude a urgencias por estreñimiento de un mes de evolución y dolor abdominal, con antecedentes de dorsalgia, colecistectomía laparoscópica y dos cesáreas previas. La paciente refiere más de un mes de estreñimiento con uso de laxantes rectales no efectivos y cese de emisión de gases en los últimos días. No refiere vómitos pero sí náuseas, también presenta distensión abdominal. A la exploración objetivamos un abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación de forma difusa y generalizada más agudizado en flanco izquierdo con timpanismo sin signos de irritación peritoneal. La analítica mostraba leucocitosis con neutrofilia y una elevación de la PCR. La radiografía abdominal objetivó dilatación de asas intestinales con fecaloma en colon izquierdo. Se decidió realizar un TC abdominal en el cual se apreciaba una lesión estenosante en colon descendente que provocaba una dilatación retrógrada del colon con pequeña cantidad de líquido libre en gotera paracólica izquierda probablemente de origen neoplásico. Ante dichos hallazgos se decidió realizar de forma urgente una hemicolectomía izquierda con colostomía terminal y cierre rectal con seda del 0. Se objetivó gran cantidad de heces induradas en todo el marco cólico. La paciente fue dada de alta al 6º día postquirúrgico con colostomía funcional, afebril y buena tolerancia oral. La anatomía patológica definitiva objetivó una lesión ulcerada de bordes indurados de 2,5 cm con disminución de la luz a dicho nivel. Distal a la misma se objetiva una dilatación postestenótica con mucosa de pared adelgazada. No se objetivan ganglios afectos.

**Discusión:** La úlcera solitaria de colon también se describe como úlcera inespecífica, úlcera benigna o úlcera simple de colon. Se han propuesto varias causas como el uso de AINES o anticonceptivos orales, traumatológica, enfermedad diverticular o problemas vasculares en la circulación mesentérica. Su localización más frecuente es en ciego (44%), seguida del colon transverso. Es más frecuente en el varón (2:1) y hacia la 5<sup>a</sup>-6<sup>a</sup> década. La sintomatología es muy variable: dolor, sangrado, estreñimiento, diarrea, obstrucción intestinal o incluso pérdida de peso. El diagnóstico suele ser por exclusión o incluso intraoperatorio. La colonoscopia puede realizar dicho diagnóstico, mientras que el enema opaco presenta una menor sensibilidad. El tratamiento recomendado ante dicha patología es la resección del segmento afectado o en algunos casos una hemicolectomía. Se describen algunos casos tratados de forma conservadora aunque implican un seguimiento colonoscópico con biopsias para excluir los carcinomas ulcerados. La úlcera solitaria de colon es una enfermedad infrecuente, de etiología incierta con sintomatología inespecífica y difícil de diferenciar del carcinoma ulcerado.