



P-666 - FECALOMA GIGANTE MASIVO COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y COMPRESIÓN EXTRÍNSECA DE LA ARTERIA CORONARIA

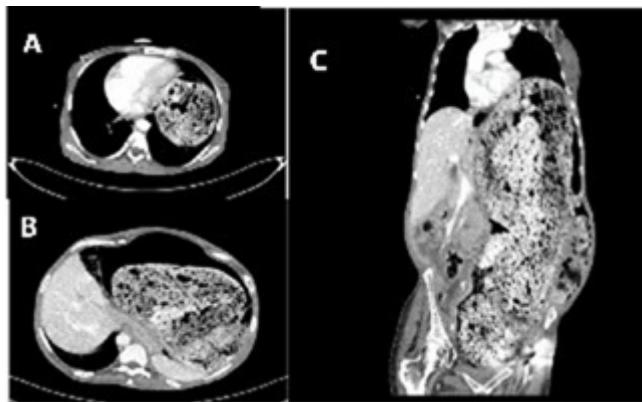
Bernal Tirapo, Julia¹; Pastor Altaba, Daniel¹; Vieiro Medina, María Victoria²; Moreno Bargueiras, Alejandro¹; Sánchez García, Carmen¹; Gutiérrez Andreu, Marta¹; Yuste García, Pedro¹; Ferrero Herrero, Eduardo¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; ²Hospital Infanta Elena, Valdemoro.

Resumen

Introducción: El estreñimiento grave es altamente prevalente en personas con discapacidad intelectual (DI), afectando al 25%-70%, una tasa que casi duplica la de la población general, probablemente por problemas de comunicación, retraso en la respuesta a la urgencia defecatoria o realización de esfuerzos inadecuados. En ocasiones, se desencadena la formación de fecalomas que contribuyen a perpetuar el estreñimiento y pueden dar lugar a complicaciones, como la obstrucción intestinal.

Caso clínico: Mujer de 60 años, con 65% de DI y estreñimiento crónico, que presenta aumento del perímetro abdominal con incremento progresivo de meses de evolución, y ausencia de tránsito durante varios días acompañado de molestias y disnea. Su cuidador es incapaz de determinar su hábito intestinal. A la exploración: caquexia y aumento del perímetro abdominal debido a masa pétrea en hemiabdomen izquierdo e hipogastrio. TC urgente: fecaloma gigante que ocupa gran parte de la cavidad abdominal, midiendo al menos 50 cm, provocando gran distensión del marco cólico izquierdo de hasta 24 cm, asociada a hiperrealce de la mucosa rectal en relación con proctitis estercorácea. Gran efecto masa sobre estructuras abdominales causando uropatía obstructiva bilateral. El ECG muestra un ascenso de 4 mm en el segmento ST inferolateral transitorio, reproducible con la palpación abdominal y el cambio postural (se desencadena al sentarse, remite con el decúbito), debido a una probable compresión extrínseca de arteria coronaria derecha. La analítica confirmó el carácter compresivo de la impactación fecal con leucocitosis, colestasis, acidosis láctica e insuficiencia renal aguda. Se decidió realizar un procedimiento de Hartmann de urgencia. Fue necesaria una gran incisión xifopública para extirpar el sigma debido a su gran tamaño y distensión. Se realizó una colotomía para extracción manual de material fecal y posteriormente sigmoidectomía y colostomía terminal. El posoperatorio fue favorable. Desde el punto de vista cardiológico se repitió el ECG, sin datos de isquemia, sugiriendo que los cambios fueron secundarios a compresión miocárdica extrínseca o de una arteria coronaria. La ecocardiografía y TC coronario no presentaron hallazgos. La anatomía patológica: necrosis mucosa, inflamación aguda, congestión vascular, hemorragia y edema en la submucosa, compatibles con signos de isquemia intestinal por fecaloma.



Discusión: Para prevenir complicaciones, debemos considerar el fecaloma como diagnóstico diferencial en pacientes con estreñimiento crónico y molestias abdominales, especialmente en pacientes con DI. La mayoría de estos pacientes pueden requerir cirugía en algún momento para aliviar sus síntomas o tratar complicaciones como ulceración, perforación, vólvulo, obstrucción, impactación fecal y compresión de órganos adyacentes. Cuando la cirugía programada es posible, se ha demostrado que se obtienen mejores resultados al realizarla en unidades especializadas de cirugía colorrectal, pero el procedimiento de Hartmann es accesible y seguro en un entorno de cirugía de urgencia en caso de que el paciente presente una complicación grave, con menos morbilidad y mortalidad que una colectomía subtotal con anastomosis ileorrectal. La compresión extrínseca de las coronarias debida a una causa abdominal es muy rara; por lo tanto, es importante ser conscientes de este proceso infrecuente, para permitir un diagnóstico y tratamiento adecuados y descartar la isquemia.