



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

387/151 - ESTREÑIMIENTO

M. Nielfa González¹, E. Abreut Olsen², J. Bustamante Odriozola³, A. Morán Caballero¹, G. Fernández Lozano⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Santander. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 48 años de edad, sin antecedentes personales de interés, sin tratamiento habitual. Acude a su Médico de Atención Primaria por dolor abdominal de dos meses de evolución. Refiere estreñimiento desde hace 7 días. Refiere haber presentado náuseas en alguna ocasión y haber observado durante estos meses hilillos de sangre con la deposición. La paciente ha acudido a un ginecólogo privado que realizó citología y ecografía abdominal sin hallazgos.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 36,2 °C, TAS: 121 mmHg, TAD: 61 mmHg, FC: 58 lpm, SATO2: 97%. BEG, eupneica en reposo, bien perfundida e hidratada, normocoloreada. Abdomen: RHA disminuidos. No se palpan masas ni megalías, dolor a la palpación en hipogastrio y ambas fosas ilíacas con defensa, Blumberg positivo. Murphy negativo. Ante dicha exploración se decide derivar al servicio de urgencias de HUMV. En urgencias se solicita TAC abdominal donde se aprecia engrosamiento parietal concéntrico de un segmento de aproximadamente 13 cm de sigma proximal que impresiona al radiólogo de colitis sigmoidea inespecífica, sobre la que se recomienda un estudio dirigido para descartar neoformación subyacente. Se realiza por tanto una sigmoidoscopia con diagnóstico de neoformación colónica estenosante y se coloca una prótesis colónica paliativa. Tras recibir el resultado anatomo-patológico (adenocarcinoma túbulo-infiltrante bien diferenciado), se decide intervención quirúrgica.

Juicio clínico: Neoformación colónica estenosante.

Diagnóstico diferencial: Íleo paralítico, obstrucción intestinal por fecalomma, enfermedad diverticular, vólvulo, isquemia.

Comentario final: El cáncer colorrectal (CCR) es actualmente un problema de salud pública. Es el tercer tipo de cáncer más frecuente en varones y el segundo en mujeres después del cáncer de mama, constituyendo en global la primera causa de cáncer a nivel mundial. En los últimos años se ha observado un aumento en la supervivencia gracias al mayor uso de la colonoscopia con polipectomía, así como a la modificación de los hábitos dietéticos, estilo de vida y el uso de agente quimioterápicos. La mayoría de los tumores de colon son adenocarcinomas, que se originan a partir de la mucosa y se localizan principalmente en el colon izquierdo y distal, aunque se está produciendo un aumento de la incidencia de tumores de colon derecho. Los síntomas varían según su localización. El tratamiento debe ser multidisciplinar y depende del estadio y localización de la enfermedad.

Bibliografía

Botteri E, Iodice S, Bagnardi V, Raimondi S, Lowenfels AB, Maisonneuve P. Smoking and colorectal cancer: a meta-analysis. *JAMA*. 2008;300(23):2765-78.