

329/22 - ESTREÑIMIENTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Rodríguez Vélez¹; C. Marinero Noval²; R. Maye Soroa³; O. Casanueva Soler⁴; P. López Alonso Abaitua⁵; M. Cobo Rossell⁶.

¹Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Asturias. ³Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Cantabria. ⁶Médico Residente de 1er año. Centro de Salud Saja. Hospital Sierrallana. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 73 años que consulta por estreñimiento de una semana de evolución a pesar de tratamiento laxante y enema. Hábito intestinal previo normal. Se acompaña de dolor abdominal difuso, no irradiado, tipo cólico. No ventoseo en el último día. Vómitos alimenticios al comienzo del cuadro, sensación nauseosa e hiporexia.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. Hemodinámicamente estable. Abdomen distendido. Dolor a la palpación en cuadrante inferior derecho. Timpanismo. Ruidos metálicos. Blumberg negativo. PPRB negativo. Hernia inguinal derecha reducible no complicada. Pruebas complementarias: -Bioquímica: creatinina 0,57 mg/dl, filtrado glomerular >90 ml/min/1,73m², Na 133 mEq/l, K 4,3 mEq/l, PCR 12,5 mg/dl. -Coagulación: TP 76 %, INR 1,22. -Hematimetría: leucocitos 11.000/?L, hemoglobina 12,0 g/dl, hematocrito 42,3 %, plaquetas 276.000/?l, segmentados 81,7%. -Radiografía abdomen (bipedestación): niveles hidroaéreos, dilatación de asas intestinales. No se objetiva gas distal. -TAC abdominopélvico con contraste: lesión estenosante en sigma distal compatible con neoformación que condiciona una dilatación significativa de todo el marco cólico (8,7 centímetros a nivel del ciego). Se objetivan pequeños ganglios en la grasa del mesosigma. Evolución: Se realiza colonoscopia que objetiva neoformación estenosante y ulcerada a 15 cm de margen anal. Se coloca una prótesis metálica, comprobándose abundante salida de heces. Posteriormente se realiza sigmoidectomía con evolución postoperatoria favorable, sin complicaciones. Anatomía Patológica: Adenocarcinoma tubular infiltrante.

Juicio clínico: Obstrucción intestinal secundaria a neoformación a nivel de la unión recto-sigma.

Diagnóstico diferencial: Obstrucción intestinal mecánica vs funcional.

Comentario final: La obstrucción intestinal puede dividirse en funcional o mecánica y ésta, a su vez, en benigna (vólvulo como causa más frecuente) o maligna. En aproximadamente el 30% de los casos la obstrucción de intestino grueso es el síntoma inicial del cáncer de colon, especialmente en los tumores más distales o rectales. Los síntomas van a depender del tiempo de evolución y la altura de la obstrucción, siendo la manifestación más frecuente el dolor abdominal y el estreñimiento. Importante también son los cambios en el ritmo intestinal o la pérdida inexplicada de peso, ambos sugestivos de malignidad. Además de la sospecha clínica resultan de utilidad las pruebas de imagen, siendo de elección el TAC, que nos permitirán la diferenciación entre obstrucción alta o baja y nos orientaran en la posible etiología, así como en la existencia

de perforación, extensión regional o existencia de metástasis. El tratamiento inicial incluye descompresión gastrointestinal, fluidoterapia, corrección electrolítica y tratamiento específico de cada etiología.

Bibliografía

- Markogiannakis H, Messaris E, Dardamanis D, et al. Acute mechanical bowel obstruction: clinical presentation, etiology, management and outcome. *World J Gastroenterol* 2007;13(3):432-7.
- Sule AZ, Ajibade A. Adult large bowel obstruction: a review of clinical experience. *Ann Afr Med* 2011; 10(1):45-50.
- Finan PJ, Campbell S, Verma R, et al. The management of malignant large bowel obstruction: ACPGBI position statement. *Colorectal Dis* 2007;9(4):1-17.