



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

329/133 - MÁS QUE UN SIMPLE ESTREÑIMIENTO

S. Lisca Pérez¹; P. Minchong Carrasco²; N. Otero Cabanillas³; R. Taipe Sánchez⁴; I. Veli Cornelio⁵; O. Fernández Casares⁶.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Cantabria.²Médico Residente. Centro de Salud Centro. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria.⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Cantabria. ⁶Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barrera. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón 79 años con antecedentes cirugía de varices pierna izquierda, FA, hiperuricemia, miocardiopatía dilatada, HTA. Refiere cuadro de aproximadamente 2 meses de evolución con alteración de ritmo intestinal, diarreas y estreñimiento, ahora más el estreñimiento. Desde hace una semana inicia con distensión abdominal, con molestias difusas, muchos ruidos por las noches, no claro dolor, no fiebre. DPS sin productos patológicos, ultima hoy por la mañana de apariencia y consistencia normal, cantidad moderada. No refiere otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: abdomen blando, depresible, no doloroso, muy distendido, especialmente en zona superior, con timpanismo a la percusión, RHA presentes, no ruidos lucha. TR: No impactación, heces blandas en el guante, SOH Negativa. Las pruebas analíticas en urgencias fueron anodinas pero en la radiografía se veía gran distensión intestinal, especialmente del colon transverso con signo de Chilaiditi, y el TAC describen una dilatación del marco cólico así como de asas del íleon con un diámetro máximo a nivel del colon trasverso de 10 cm, objetivando un cambio brusco de calibre en el ángulo esplénico donde se visualiza un engrosamiento parietal hipercaptante de 26 x 18 mm sugestivo de neoformación, presenta síndrome de Chilaiditi, ejerciendo las asas del colon dilatado efecto masa sobre el parénquima hepático que presenta unos valores de atenuación normales, sin evidencia de LOES. Se le realizó una colectomía segmentaria y colostomía en HI (neoplasia obstructiva de ángulo esplénico) con buena evolución posquirúrgica, quedando pendiente de consultas con cirugía y oncología.

Juicio clínico: Neoplasia de colon ángulo esplénico obstructiva.

Diagnóstico diferencial: Obstrucción Intestinal. Neo Colon. Fecaloma / Estreñimiento.

Comentario final: En este paciente llamaba la atención que pese a la distensión no presentaba dolor abdominal, ni vómitos, el estado general era bastante bueno y a él solo le había llamado la atención la distensión progresiva. Después comentó que había perdido 5 kg en últimos meses pero pensaba que era debido a que estaba realizando más actividad física. El adenocarcinoma de colon es el responsable de más del 75% de las obstrucciones de colon malignas; la oclusión por cáncer de colon plantea tres problemas: conseguir la descompresión, eliminar el tumor, y restaurar el tránsito intestinal. En la consulta hay que estar siempre muy atentos con los cambios de ritmo intestinal porque no siempre son solo estreñimiento.

Bibliografía

- Granados R, Vargas J. Síndrome de Obstrucción Intestinal. Rev Cl EMed UCR. 2014 (4):7-14.
- Gil J, Moreno MJ, Deus J et al. Obstrucción intestinal. El médico en las situaciones urgentes, Medicina Integral, Vol. 38, Núm. 2, Junio 2001, 52-56.