



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/304 - DOLOR ABDOMINAL

E. Ras Vidal, M. de la Torre Trillo, A. Guerrero Montalbán y L. Gaig Ferrer

Médico de Familia. Centro de Salud Sant Pere. Reus. Tarragona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 84 años con antecedentes de HTA, DM, fibrilación auricular, IRC en tratamiento con enalapril 20 mg cada 24h, metformina 850 mg cada 8 horas y sintrom según pauta. Consulta por presentar dolor abdominal desde hace una semana al principio con deposiciones líquidas y ahora estreñimiento desde hace 5 días, con leve molestia a epigastrio. No fiebre. Ligera sensación de náuseas sin vómitos. La paciente se autoadministrado enema sin ser efectivo.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física observamos buen estado general. Auscultación cardíaca arrítmica lenta. Auscultación respiratoria anodina. Abdomen globuloso, timpánico, poco depresible, molestia a nivel hipogastrio. Sin signos de irritación peritoneal. Disminución del peristaltismo no signos de lucha. Tacto rectal ampolla rectal vacía. Analítica hemoglobina 11 g/dl sin anemia, Rx tórax sin hallazgos. Rx abdomen importante distensión de asas intestinales.

Juicio clínico: Pseudoobstrucción colónica.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal; causas extrínsecas y causas intrínsecas (congénitas, inflamatorias, intraluminales y otras). Dentro de las inflamatorias: diverticulitis, enfermedad de Crohn, actínica, neoplásicas.

Comentario final: Derivamos a nuestra paciente al servicio de urgencias del hospital donde en el servicio de cirugía se colocó sonda naso gástrica y sonda rectal para descomprimir. Al ser una oclusión intestinal incompleta y dada la estabilidad de la paciente se practicó colonoscopia que objetivó tumoración a nivel de colon derecho, anatomía patológica confirmó adenocarcinoma. Se le practicó hemicolectomía derecha. Postoperatorio sin incidencias con favorable evolución. El adenocarcinoma de colon es el responsable de más del 75% de las obstrucciones de colon malignas. La oclusión intestinal por cáncer de colon plantea tres problemas; conseguir la descompresión, eliminar el tumor y restaurar el tránsito intestinal. El tratamiento siempre debe individualizarse en función de las características del paciente. En nuestro caso a pesar de la edad de la paciente esta presentaba enfermedad localizada y tenía una buena calidad de vida que ha podido mantener tras intervención.

Bibliografía

1. Accarino A. Obstrucción intestinal y seudoobstrucción intestinal crónica. Gastroenterología y Hepatología. Madrid, Harcourt, 2002; 280-9.
2. Figueroa JM. Obstrucción intestinal. Enfermedades digestivas. Madrid. Aula Médica 1998:1315-26.

Palabras clave: Dolor abdominal. Pseudoobstrucción. Neoplasia de colon.