



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/1810 - ESTREÑIMIENTO CRÓNICO. ¿BANALIDAD O GRAVEDAD?

A. Martínez Casquete<sup>a</sup>, A. Arredondo Sánchez<sup>a</sup>, J. Gómez Rubio<sup>b</sup>, A. Bárcena Atalaya<sup>c</sup>, C. Moreno Torres<sup>d</sup> y M. Fernández López<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera Norte. Sevilla. <sup>b</sup>Médico Internista. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. <sup>c</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora de la Consolación. Utrera Sur. Sevilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo II, dislipemia, trastorno bipolar y estreñimiento pertinaz, que acudió a consulta de atención primaria por estreñimiento de mes y medio de evolución junto a distensión abdominal. Se revisó historia, obteniendo el resultado de una colonoscopia realizada con importante dilatación del rectosigma, llegando a medir el sigma 20 cm, compatible con dolicomegasigma/sigma aganglionar, pendiente de intervención quirúrgica.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración destacaba abdomen muy globuloso, distendido, a tensión, timpánico, ligeramente doloroso a la palpación, con ruidos abolidos y sin signos de peritonismo. Se derivó a urgencias hospitalarias, realizándose TAC abdominal con marcada dilatación y tortuosidad de colon sigmoide secundario a gran fecaloma, sin datos de isquemia en el estudio actual. Se cursó ingreso en Cirugía, realizándose enemas de limpieza cada 4 horas, muy efectivos, hasta intervención quirúrgica (colectomía total, protectomía superior e ileostomía terminal).

**Juicio clínico:** Fecaloma en colon sigmoide. Dolicomegasigma.

**Diagnóstico diferencial:** Hay que tener en cuenta los siguientes diagnósticos: agangliosis, lesiones del tracto gastrointestinal (isquemia, vólvulo, enfermedad inflamatoria crónica intestinal, cáncer, etc), enfermedades neurológicas, enfermedades metabólicas (hipopotasemia, hipotiroidismo, etc.), enfermedades infecciosas (enfermedad de Chagas, *C. difficile*), fármacos (anticolinérgicos, antidepresivos).

**Comentario final:** El estreñimiento es el cuadro digestivo más común en la población general, siendo las causas que lo producen muy variables, pudiendo ser la primera manifestación de enfermedades metabólicas, neurológicas o intestinales. La evaluación del estreñimiento debe comenzar con una historia detallada y un examen físico que incluya un examen rectal. En la anamnesis, deberán considerarse los antecedentes quirúrgicos, infecciosos, medicamentosos o de enfermedades metabólicas que pueden orientar sobre la posible etiología del cuadro. Solo un pequeño porcentaje de pacientes con estreñimiento presenta megacolon, el cual se debe sospechar ante signos de obstrucción cólica (estreñimiento, distensión abdominal, timpanismo, y en ocasiones vómitos fecaloideos o incontinencia por rebosamiento).

### Bibliografía

1. Talley NJ. Etiology and evaluation of chronic constipation in adults. UptoDate, 2017.

2. Chir R. Surgical options to treat constipation: A brief overview. 2015;94(9):349-61.

**Palabras clave:** Estreñimiento. Megacolon. Fecaloma.