



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/2345 - EXPLORACIÓN FÍSICA EN PACIENTE CON ESTREÑIMIENTO

S. Jiménez Moya^a, J. Jiménez Martínez^b, F. Rosique Gómez^b, J. Gutiérrez García^a, C. Hato Antón^c y A. Ansón Martínez^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco-Este. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco-Este. Murcia. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 61 años que acude a la consulta por estreñimiento de 3 días de evolución que no ha cedido con enema ni laxante. Refiere pérdida de apetito y no presenta antecedentes de estreñimiento. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Diabetes mellitus tipo 2, dislipemia e IAM en 1999. Situación basal: autónomo e independiente. Camionero. Tratamiento crónico: sitagliptina/metformina 50/1.000 (1-0-1); ácido acetilsalicílico 150 mg (0-1-0); atorvastatina 10 mg (0-0-1).

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física realizada en la consulta de atención primaria destaca distensión y dolor en la palpación del abdomen, sin signos de irritación peritoneal y peristaltismo conservado. Ante sospecha de cuadro suboclusivo se deriva a urgencias hospitalarias realizándose apendicectomía laparoscópica y herniorrafía umbilical ante el hallazgo de leucocitosis (20.240) y dolor en hipogastrio. En la biopsia se observa pieza de apendicectomía con carcinoma mucinoso con células en anillo de sella pobemente diferenciado (G3), pT4NxMx contactando con límites quirúrgicos proximal y mesentérico, y CEA 3,8 por lo que es ingresado para intervención programada. Tras hallazgos en laparotomía de múltiples implantes peritoneales se contacta con unidad de carcinomatosis solicitando estudios de extensión. En el TAC de tórax se observan tres nódulos pulmonares y dos micronódulos inespecíficos a correlacionar con evolución radiológica. En el PET-TAC no se hallan signos claros de existencia de tejido tumoral aunque hay que tener en cuenta la baja afinidad de captación por parte de los tumores mucinosos.

Juicio clínico: Carcinoma mucinoso apendicular con carcinomatosis.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis, diverticulitis, oclusión intestinal, cáncer de colon.

Comentario final: La exploración física en atención primaria es fundamental para la detección de patología urgente y su adecuada derivación al servicio de urgencias hospitalarias. El carcinoma mucinoso de origen apendicular supone un 0,04% de las neoplasias malignas intestinales. Aproximadamente el 30-50% se manifiesta clínicamente con signos y síntomas de apendicitis aguda, presentando desde dolor abdominal insidioso, clínica constitucional y masa palpable, hasta abdomen agudo o ser un hallazgo casual en una laparotomía.

Bibliografía

1. Rutledge RH, Alexander JW. Primary appendiceal malignancies: Rare but important. *Surgery*. 1992;111:244-50.

Palabras clave: Estreñimiento. Apendicitis. Carcinoma mucinoso apendicular.