



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 216/29 - ¿Es el estreñimiento un síntoma menor?

I. Rodríguez Marcos<sup>a</sup>, P. Jiménez Sahelices<sup>a</sup>, A. Marcos Martín<sup>b</sup> y L. Cuesta Peña<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Sardinero. Santander. <sup>b</sup>Médico de Familia. CS Los Castros. Santander. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Francia. Fuenlabrada. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 82 años que valoramos en su domicilio por dolor abdominal de 2-3 días de evolución que ha empeorado progresivamente (EVA 9). Refiere sensación distérmica en días previos. Además, ha comenzado con deposiciones líquidas (2-3/24h) sin productos patológicos después de llevar unos días estreñida. Como antecedentes personales destacan: DM2, neuralgia del trigémino, hidrocefalia crónica del adulto con derivación ventriculoperitoneal, cardiopatía isquémica y SCASEST e IAM no Q. Estudiada por Digestivo por diarreas hace 5 años realizándosele enema opaco, ecografía abdominal y Breath test de lactosa y glucosa que fueron normales.

**Exploración y pruebas complementarias:** La paciente presenta hipotensión (TA 80/40) con FC 86 lpm, SatO2 97%, FR 20 rpm con T<sup>a</sup> 38,4 °C. Malestar general, normocoloreada, hidratada y perfundida. Consciente y orientada en las tres esferas. ACP: rítmica con soplo sistólico II/IV en foco aórtico y mínimos crepitantes bibasales. Abdomen distendido muy doloroso a la palpación de forma generalizada aunque más en flanco derecho. Blumberg negativo. Murphy negativo. Timpánico a la percusión. Ruidos hidroáreos presentes. Tacto rectal sin restos de deposiciones ni fecalomía. No edemas ni signos de TVP en EEII. Exploración neurológica: no focalidad aparente. Signos meníngeos negativos. Derivamos al Servicio de Urgencias Hospitalarias donde realizan analítica destacando deterioro de la función renal (urea 113, creatinina 1,46 y FG 36 siendo previamente normal), leucocitosis con desviación izquierda (11.200 leucocitos, 25% cayados, 45% segmentados y 21% linfocitos). Solicitan además una radiografía abdominal en la que destaca dilatación de asas intestinales y una ecografía abdominal que se completa con TAC abdominopélvico donde se objetiva una marcada dilatación del marco cólico, más marcada a nivel de sigma y recto en relación a gran fecalomía que asocia una discreta cantidad de líquido libre pélvico.

**Juicio clínico:** Fecalomía.

**Diagnóstico diferencial:** Perforación intestinal, contaminación de la derivación ventriculoperitoneal, gastroenteritis, colitis isquémica.

**Comentario final:** El fecalomía consiste en una acumulación de heces endurecidas en el recto y/o en el colon que el paciente no puede expulsar espontáneamente. Es una de las complicaciones más importantes del estreñimiento. Suele manifestarse en el contexto de un cuadro de estreñimiento crónico causando anorexia y deterioro del estado general acompañado de diarrea por rebosamiento con incontinencia fecal. El diagnóstico se basa en la anamnesis y la exploración física. Si sospechamos que la impactación fecal es alta debemos realizar una radiografía simple de abdomen y/o una ecografía abdominal. El estreñimiento es un síntoma que

genera muchas consultas en atención primaria. Este caso nos recuerda que, aunque nos parezca un “síntoma menor”, debemos prestarle atención e intentar prevenirla sobre todo en pacientes mayores con vida sedentaria donde sabemos que la prevalencia aumenta. Es importante que fomentemos una dieta variada que incluya fibra así como ingesta abundante de líquidos y realización de ejercicio de forma regular. Debido a la repercusión clínica y analítica de nuestra paciente, ingresa y se inicia tratamiento antibiótico ante sospecha de infección urinaria siendo posteriormente tanto los hemocultivos como el urocultivo negativos. Se le realizó otro TAC para descartar perforación intestinal así como contaminación de la derivación ventriculoperitoneal aunque nunca presentó clínica neurológica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Moital I, Louro González A. Guía clínica de estreñimiento. Fisterra.