



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1338 - ¡DOCTOR, NO SOPORTO EL DOLOR ABDOMINAL!

P. Lozano Díaz^a, M. Palos Campos^b, M. Rodríguez Padial^b y M. Rodríguez Carrillo^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espartinas. Sevilla. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bormujos. Sevilla. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilleja de La Cuesta. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 78 años con antecedente de cáncer de sigma avanzado con metástasis hepáticas y ganglionares en mesoperitoneo, intervenido y tratado posteriormente con quimioterapia hace 4 años. Consulta por dolor abdominal difuso, de varios días de evolución, continuo y de alta intensidad que no cede con analgesia habitual acompañado con deposiciones abundantes por bolsa de colostomía, náuseas y algún vómito.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. Afebril. ACR: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Corazón rítmico sin soplos ni extratonos a buena frecuencia. Abdomen distendido, doloroso a la palpación de forma generalizada. RHA no conservados. Con signos de irritación peritoneal e importante defensa a la palpación. MMII sin edemas ni signos de TVP. Pulsos periféricos conservados. Rx simple de abdomen y bipedestación: signos claros de oclusión intestinal; asas distendidas proximales por retención de líquido y gas, niveles hidroaéreos y ausencia de gas y materia fecal en colon distal.

Orientación diagnóstica: Obstrucción intestinal maligna en paciente diagnosticada de cáncer de sigma avanzado.

Diagnóstico diferencial: Hernias umbilical, vólvulo intestinal, adherencias, tumores, diverticulitis, enfermedad de Crohn, pólipos colónicos, fecalomas, endometriosis, estenosis a nivel intestinal, atresias intestinal.

Comentario final: 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. En las últimas décadas el tratamiento resectivo primario frente a la colostomía de entrada y resección posterior se ha consolidado como tratamiento electivo siempre que las condiciones del paciente lo permitan. Siempre ha de tenerse en cuenta la existencia de pacientes con elevado riesgo quirúrgico que son malos candidatos a la cirugía por diferentes motivos: enfermedad metastásica avanzada en el momento del diagnóstico, edad avanzada, o patología grave avanzada.

Bibliografía

1. Tuca, et al A. Med Clin (Barc). 2010;135(8):375-81.

2. Eisen G, Baron TH, Dominitz JA, et al. Acute colonic pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc.* 2002;56:789-92.

Palabras clave: Dolor abdominal. Adenocarcinoma de colon.