

## 347/3636 - CÁNCER DE COLON, NUESTRO ENEMIGO DEL DÍA A DÍA EN CONSULTA

E. Soto Rueda<sup>a</sup>, M. Bonilla Crespo<sup>a</sup>, E. Huertas Luque<sup>b</sup> y C. Álvarez López<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 55 años sin alergias medicamentosas conocidas. HTA, DM2, no cardiópata ni broncópata conocida. En estudio en consulta de atención primaria por anemia ferropénica y rectorragias desde hace tres semanas. Pendiente de colonoscopia. Sin antecedentes familiares de Ca de colon ni enfermedad inflamatoria intestinal. No hábitos tóxicos. Acude a consulta por referir cuadro de vómitos alimenticios de 10 días de duración, dolor abdominal difuso y astenia. Última deposición hace dos semanas. Pérdida de cinco kilos de peso en último mes. No síntomas genitourinarios. Ante sospecha de obstrucción intestinal en paciente con síndrome constitucional realizamos derivación a Urgencias Hospitalarias, donde se realizó colectomía total de urgencia, apreciándose lesión de aspecto neoplásico estenosante en ángulo esplénico con infiltración a duodeno.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general, consciente y orientada, palidez cutánea, eupneica en reposo. Tª 36,5 °C; TA 117/84; FC 111 lpm; SatO2 96%. ACR: tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen: globuloso, timpánico, doloroso a la palpación difusa, ruidos hidroaéreos aumentados. No masas ni megalías. MMII: no edemas, no signos tvp. Hematimetría: leucocitos 4.480 con 72% PMN; hematíes 5.020; Hb 12,4; VCM 76,3; plaquetas 383.000. Bioquímica: Na 130, resto sin alteraciones. Coagulación: Tp act 48%; INR 1,5. Radiografía de abdomen: signos de obstrucción intestinal, ausencia de aire distal. TAC de abdomen concluyen presencia de neoplasias sincrónicas de colon, la mayor en colon descendente, y obstrucción intestinal asociada a signos de sufrimiento de asas.

**Orientación diagnóstica:** Cáncer de colon descendente.

**Diagnóstico diferencial:** Otras posibles causas de obstrucción intestinal: hernias, enfermedad inflamatoria intestinal, adherencias.

**Comentario final:** El cáncer colorrectal es el más frecuente diagnosticado en población española. Su incidencia ha incrementado de forma progresiva hasta convertirse en un habitual en nuestra consulta. Es fundamental realizar prevención primaria en estilos de vida saludables: evitar hábitos tóxicos, consumo de carne roja, realizar ejercicio físico habitual, al igual que estar actualizados en los sistemas de cribado establecidos y realizar vigilancia estrecha en población de alto riesgo.

### Bibliografía

1. Macrae FA. Colorectal cancer: Epidemiology, risk factors, and protective factors (Internet). UpToDate, 2018.

**Palabras clave:** Cáncer colorrectal. Obstrucción intestinal. Síndrome constitucional.