



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1860 - CUADRO SUBOCLUSIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. de Jesús Pérez^a, I. García de León Sánchez^b, M. Magdalena Bethencourt^c e Y. Sánchez Mejía^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mariano Yago. Yecla. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Mariano Yago. Yecla. Murcia. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mariano Yago. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mariano Yago. Hospital Virgen del Castillo. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 67 años que consultó en varias ocasiones en Urgencia hospitalaria y consulta de Atención Primaria por cuadro de abdominalgia referida a hipogastrio tras la ingesta, los primeros días leve y posteriormente continua, acompañada de sudoración, náuseas y vómitos. Disminución de deposiciones y cuando ocurrían aliviaban el dolor. Pérdida de 5 kg. Antecedentes personales: diabetes tipo 2, dislipemia, hipertenso, ulcus gástrico, plastrón apendicular en mayo'16 con tratamiento conservador.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, CyO. No adenopatías. No palidez muco-cutánea. ACP normal. Abdomen dolor leve a la palpación profunda en meso e hipogastrio, resto normal. En analítica inicial PCR 4,77, VSG 41, Hb 13,2, Hto 39,2, SOH \times 3 positivas. Tras remitirse a SUH para estudio de cuadro pseudoclusivo, el paciente es ingresado realizándose TAC abdominal: engrosamiento de pared del íleon terminal con aumento de la densidad grasa mesentérica regional. Adenopatías regionales de hasta 1,4 cm. Sugestivo de proceso inflamatorio/enfermedad inflamatoria intestinal. Engrosamiento del apéndice cecal y la fascia peritoneal adyacente. Colonoscopia: zona valvular deformada con retracción de la misma y zona de entradaestenótica. Lesiones ulceradas en colon ascendente. EnterorRM ileítis terminal. Es dado de alta con diagnóstico de probable brote de inicio de Chron y tratamiento con pauta de corticoides. Ante la mala evolución (deterioro progresivo, pérdida de 3 kg en la semana tras el alta, anorexia, náuseas sin vómitos, meg) remito a SUH para nuevo ingreso, decidiéndose cirugía con exéresis de tumoración ileocecal, cuyo estudio anatomopatológico concluyó adenocarcinoma bien diferenciado e infiltrante de tipo enteróide o tubular. Epiplón con focos de metástasis.

Orientación diagnóstica: Adenocarcinoma iliocecal bien diferenciado estadio IV.

Diagnóstico diferencial: Hernias, vólvulos, adherencias, masas (tumores, abscesos, hematomas), malformación congénita, diverticulitis, EII, pólipos.

Comentario final: El MAP, mediante una adecuada anamnesis, exploración y pruebas complementarias iniciales juega un papel primordial en el enfoque inicial del cuadro pseudoclusivo.

Bibliografía

1. Egal A, Jouët P, Lamarque D. Chronic intestinal pseudo-obstruction in adults. Rev Med Interne. 2018; pii: S0248-8663(18)30092-4.

Palabras clave: Cuadro pseudoclusivo. Tumor intestinal. Enfermedad inflamatoria intestinal.