

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

424/2231 - LA ECOGRAFÍA Y SU RELACIÓN CON PATOLOGÍA DIGESTIVA

J. Espinosa Nevado¹, Á. Lozano Carneros¹ y V. Rodríguez Campos²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 2 El Torreón. Ciudad Real.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Piedrabuena. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 78 años de edad, DM tipo 2 con ADO, consulta por dolor abdominal meses de evolución, asociada a deposiciones diarreicas con pérdida de 6 kg de peso en los dos últimos meses. Se detecta masa sólida en FII con ecografía, se amplía estudio con colonoscopía y biopsias con diagnóstico de adenocarcinoma de sigma con DBG tratada con sigmoidectomía laparoscópica con anastomosis.

Exploración y pruebas complementarias: En el centro de salud se realiza una exploración física con dolor abdominal generalizado y tacto rectal sin hallazgos. En ecografía abdominal a pie de cama en atención primaria se observa en FII masa sólida de 7 × 5 cm, ligeramente vascularizada, de aspecto lobulado. En hospital se hace colonoscopía hasta 45 cm (sin poder progresar por lesión estenosante circunferencial), con diverticulosis de sigma y a 25 cm pólipos semipediculados de aspecto adenomatoso. Además estudio de extensión con TAC toraco-abdominal.

Orientación diagnóstica: Adenocarcinoma de sigma con displasia debajo grado e intensa necrosis.

Diagnóstico diferencial: Tumores retroperitoneales, diverticulosis, pólipos adenomatosos, enfermedad inflamatoria intestinal, colitis infecciosa, hemorroides, isquemia intestinal, síndrome colon irritable, aneurisma aórtico abdominal.

Comentario final: Globalmente neoplasia más frecuente (en hombres y mujeres el segundo en frecuencia por detrás de Ca de próstata y mama respectivamente). Gran incidencia en países desarrollados. Más frecuente en hombres y a partir de los 50 años de edad. Etiología multifactorial pero relacionado con estilo de vida (dieta). Se suele originar a partir de lesión preneoplásica (pólipos adenomatosos) y la progresión adenoma-cáncer suele ser lenta produciendo sintomatología en fases avanzadas de la enfermedad. El diagnóstico se basa en la sintomatología junto con pruebas diagnósticas (test SOH y colonoscopía) y el tratamiento quirúrgico. La mortalidad de Ca colorrectal está disminuyendo tanto en hombres como mujeres y la supervivencia a 5 años es de 57,1%.

Bibliografía

- Cubiella J, Marzo M, Mascort JJ. Guía práctica clínica diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2018. Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid; 2018.

Palabras clave: Ecografía. Colonoscopia. Adenocarcinoma.