



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

482/1127 - DE LO GENERAL A LO ESPECÍFICO EN UN CASO CLÍNICO

E. Lou Calvo¹, M. García Castelblanque², I. Morales Hernández² y M. Torres Remírez³

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. ²Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Almozara. Zaragoza. ³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 75 años con HTA y coxoartrosis, sin antecedentes quirúrgicos. Presenta episodio de mareo en domicilio desde hace 3 horas, tras lo cual ha presentado malestar general sin recuperación completa. Presentó un síncope hace un año, ya estudiado con EEG y ecocardiograma sin hallazgos. No dolor torácico. En la anamnesis cabe destacar estreñimiento de 4 días, con hinchazón y dolor abdominal. No vómitos. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración abdomen timpánico y distendido en hemiabdomen derecho, peristaltismo conservado. Tacto rectal sin masa, ampolla rectal libre. En analítica sanguínea: Hb 15,60, leucocitos 9,94, neutrófilos 82,9%, perfil hepatopancreático normal, LDH 142. Se realiza radiografía de abdomen en bipedestación observando dilatación de colon transverso y descendente hasta nivel de sigma sin gas distal. Para completar el estudio se solicita TAC observando una neoplasia estenosante de sigma. Finalmente el paciente es ingresado en el Servicio de Cirugía para la resolución del cuadro.

Orientación diagnóstica: Obstrucción intestinal.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia, vólvulo, impactación fecal.

Comentario final: Se trata de un paciente que consulta por una clínica de mareo inespecífico, donde debemos realizar una correcta anamnesis y exploración para determinar su causa. En este caso, el estreñimiento de días de evolución acompañado con la exploración abdominal nos indica una patología obstructiva intestinal. En un primer momento es importante distinguir el nivel de la obstrucción, alto (intestino delgado) o bajo (colon o recto). La obstrucción de intestino grueso supone el 25% de obstrucciones intestinales y puede ser de causa mecánica o funcional. En nuestro caso, gracias a las pruebas de imagen realizadas, podemos determinar que se trata de una obstrucción mecánica intraluminal por una neoplasia. La elevada frecuencia de hasta el 30% de la neoplasia como causa de la obstrucción de colon nos debe hacer pensar en ello como diagnóstico diferencial inicial.

Bibliografía

1. Palomar Alguacil V, et al. Obstrucción intestinal. En: Jiménez Murillo L. Medicina de urgencias y emergencias, 6ª ed Barcelona. Elsevier, 2018. p. 337-9.

2. Salagre García A, et al. Obstrucción intestinal y estreñimiento. En: Suárez Pita D. Manual de diagnóstico y terapeútica médica, Hospital Universitario 12 de Octubre, 8^a ed Madrid. MSD, 2016. p. 1057-66.

Palabras clave: Obstrucción intestinal. Abdomen.