

377/63 - MI INTESTINO ESTÁ EN HUELGA

V. Lumbreñas González¹, L. Fraga González², S. Vidal Rodríguez³, J. Capón Álvarez¹, J. Martínez De Mandojana Hernández¹, L. González Coronil³, N. Crespo García¹, A. Díaz Rodríguez⁴.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. ²Enfermera. Hospital El Bierzo.

Ponferrada. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 61 años, Alergia a Nolotil. HTA. Histerectomía y doble anexectomía en 2009. Presenta estreñimiento de meses de evolución, en tratamiento con dieta rica en fibra y lactulosa. Acude a Urgencias refiriendo dolor abdominal y ausencia de emisión de heces de 15 días de evolución, con empeoramiento en las últimas 24 h. En TAC se observa dilatación y heces abundantes en marco cólico y cambio de calibre inespecífico en sigma. Se pautó Movicol resultando inefectivo. 48 h después vuelve por persistencia de los síntomas y vómitos. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias: Buena coloración e hidratación de piel y mucosas. AC: rítmico, sin soplos. AP: MVC sin ruidos añadidos. Abdomen: Blando, depresible, dolor difuso a palpación, blumberg positivo. Ausencia de ruidos hidroaéreos. Analítica: Bioquímica y hemograma con parámetros dentro de la normalidad. Mencionar ligera leucocitosis. Rx Abdomen: Dilatación de marco cólico. TAC abdominopélvico: Se introduce contraste por vía rectal identificando una estenosis en sigma por engrosamiento mural en un segmento de unos 4 cm, compatible con neoplasia. Sin otros cambios significativos respecto al estudio previo. Colonoscopia: Se explora hasta 25-30 cm de margen anal, donde se visualiza lesión estenosante de aspecto neoplásico que impide el paso del endoscopio, se introduce guía a su través, para colocación posterior de prótesis sin complicaciones. Colocación de guía. Endoprótesis tubo digestivo. Se identifica la guía en el colon colocada mediante colonoscopia y la lesión estenosante. Se coloca introductor a través de la guía, se inyecta contraste y se identifica la zona de oclusión. A través de la guía se introduce y coloca la prótesis de 8 cm que se libera a nivel de la estenosis

Juicio clínico: Obstrucción colónica por probable neoplasia de sigma.

Diagnóstico diferencial: Íleo paralítico, Neuropatía (Enfermedad de Hirschsprung), endocrino-metabolopatías, volvulo, fecalomma, adherencias, bridás.

Comentario final: Evolución: Tolera dieta sin dolor abdominal, con transito digestivo adecuado. Afebril. Solucionado el cuadro agudo, se proseguirá con el estudio de la enfermedad de base. Ante cuadros de estreñimiento crónico que no mejora con dieta y tratamiento, buscar la causa subyacente del mismo, descartando principalmente obstrucción de origen orgánico.

Bibliografía

Guía Clínica Diagnóstico y tratamiento carcinoma colorrectal. 2007 OncoSur: Grupo de trabajo oncológico de centros hospitalarios del sur de Madrid. Edita: Fundación Médica Mutua Madrileña. Disponible en:
https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/colectivos/grupocooperativo/2006/oncosur/guia_clinica_colorrectal.pdf