



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



349/34 - EL TAMAÑO IMPORTA PERO LA LOCALIZACIÓN MÁS...

D. Fernández Valdivieso¹; G. Alonso Sánchez²; G. Muñoz Saura³; M. Fernández Rodríguez⁴; B. Martínez Baeza⁵; C. García-Giralda Núñez⁴.

¹Médico Residente de 2º año. Orihuela. Alicante.; ²Médico Residente de 3er año. Caravaca de la Cruz. Murcia.; ³Médico Residente de 3er año. Talavera de la Reina. Toledo.; ⁴Médico Residente de 2º año. Caravaca de la Cruz. Murcia.; ⁵Médico Residente de 1er año. Caravaca de la Cruz. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 77 años que acude a nuestra consulta de primaria por dolor abdominal y estreñimiento de 15 días de evolución asociado a hiporexia, pérdida de peso, náuseas sin llegar al vómito, aumento del peristaltismo nocturno y mal sabor de boca. Mantiene tolerancia oral. No alergias medicamentosas. No factores de riesgo cardiovascular.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes vitales normales. A la exploración, ligero tinte icterico, lengua saburral y tumoración dolorosa en fosa ilíaca derecha que no se modifica con maniobra de Valsalva y que no había sido identificada por la paciente. Tacto rectal: ampolla vacía sin hallazgos patológicos. Se decide solicitar: 1) radiografía abdominal donde se constata imagen esferoidea y estructurada de material fecal sugestiva de fecaloma en colon ascendente, 2) analítica general, sin alteraciones patológicas. Se instauro tratamiento analgésico y laxante oral que resulta ser efectivo. Paralelamente decidimos hacer un seguimiento y filiar el origen de la masa abdominal hallada, ya que podría estar en relación con la clínica consultada y se solicita TAC tóraco-abdominal preferente cuyos resultados informan de fecaloma de 7 por 12 cm en colon ascendente mas engrosamiento parietal adyacente compatible con origen neoplásico con dos adenopatías mesentéricas de 1,5 cm. Por último remitimos a consultas externas de Cirugía general donde finalmente se interviene a la paciente quirúrgicamente con hemicolectomía y linfadenectomía derecha.

Juicio clínico: Adenocarcinoma infiltrante de colon.

Diagnóstico diferencial: Fecaloma obstructivo. Cáncer de colon. Hernia inguinal. Otros tumores. Adenopatías.

Comentario final: La potencial gravedad de un fecaloma viene dada por el tamaño, comorbilidad y sobre todo y muy importante, por la localización del mismo. Así en colon ascendente (un 10 % del total) es prudente y de buena praxis descartar causas orgánicas distintas a las propias del estreñimiento del anciano, dada la asociación neoplásica que presenta, además del mayor riesgo de ulceración y perforación de esta localización anatómica.

Bibliografía

Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2017. CA Cancer J Clin 2017; 67:7.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Guía clínica para la atención primaria a las personas adultos mayores. Washington DC: OPS/OMS; 2002.