



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

452/22 - DESCARTAR ORGANICIDAD ANTES DE DIAGNOSTICAR UN TRASTORNO FUNCIONAL

M. Gros Alcalde¹, B. Meléndez Sancho², L. Villasoa¹, E. Vicente Amatriain¹, M. Peralta Ginés¹, P. Notivol Rubio²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitas. Zaragoza. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 54 años que acude a la consulta por cuadro de diarrea alternado con estreñimiento, distensión abdominal y dispepsia. Niega pérdida ponderal, afebril en todo momento. No náuseas ni vómitos. La diarrea no presenta productos patológicos. Niega viajes recientes a países tropicales. No ambiente epidemiológico. Entre sus antecedentes destaca trastorno de ansiedad. En primer lugar se diagnostica de síndrome de intestino irritable y se pauta tratamiento sintomático. La paciente acude a consulta de urgencias 10 días después por estreñimiento de 10 días de evolución y distensión abdominal.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial 130/70; frecuencia cardiaca: 78 por minuto. T^a 36,4 °C, Saturación O₂: 99%. Abdomen: distendido, doloroso a la palpación generalizada, sin signos de irritación peritoneal. Ruidos metálicos a la auscultación. Tacto rectal: ampolla rectal vacía, el dedil se muestra limpio sin restos de heces. Radiografía de abdomen: obstrucción intestinal por probable masa neoplásica en sigma. Hemograma: Hb 10,5 g/dl (discreta anemia). Resto normal. Bioquímica: PCR 0,28. Creatinina: 0,9 mg/dL. Iones y resto de parámetros sin alteraciones. TAC abdomen: dilatación de ciego de hasta 8 cm. Dilatación de todo el marco cólico con contenido fecal, reconociéndose cambios de calibre en la unión rectosigmoidea, evidenciando engrosamiento de pared, con hiperemia en la pared, en segmento aproximado de 3,4 cm, que sugieren neoplasia.

Juicio clínico: Inicialmente se diagnosticó el caso de síndrome de intestino irritable sin haber descartado lesiones orgánicas que justificasen la clínica que presentaba la paciente. Tras evolucionar el cuadro durante 10 días se llegó a diagnóstico de neoplasia de la unión recto-sigmoidea, que debutó como una obstrucción intestinal que requirió implantación de stent previo a la intervención quirúrgica.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia de colon, enfermedad inflamatoria intestinal, colon irritable.

Comentario final: Es necesario siempre descartar lesiones orgánicas que justifiquen la aparición de síntomas de novo. Tanto si existe un diagnóstico previo de ansiedad u otras comorbilidades psicosociales como si se trata de un paciente sin patología respecto a la Salud Mental.

Bibliografía

Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130:1480. Simren M, Palsson OS, Whitehead WE. Update on Rome IV Criteria for Colorectal Disorders: Implications for Clinical Practice. *Curr Gastroenterol Rep.* 2017;19:15.

Palabras clave: Neoplasia de colon. Colon irritable.