

Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2024,
Volumen 8, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4

**EN UN PACIENTE DE 61 AÑOS DE EDAD CON DOLOR
ABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO**

IN A 61-YEAR-OLD PATIENT WITH ABDOMINAL PAIN. ABOUT A
CASE

Méd. Dolores Guadalupe Pacheco Tenesaca

Investigador Independiente - Ecuador

Méd. Gibelly Celena Minga Minga

Investigador Independiente - Ecuador

Méd. Jenny Micaela Naula Pineda

Investigador Independiente - Ecuador

Méd. Erika Lizbeth Cajilima Cajilima

Investigador Independiente - Ecuador

Méd. Cristian Alfonso Galarza Sánchez

Investigador Independiente - Ecuador

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.12872

En un paciente de 61 años de edad con dolor abdominal. A propósito de un caso

Méd. Dolores Guadalupe Pacheco Tenesaca¹lupitad_1993@outlook.es<https://orcid.org/0009-0007-6791-8165>

Investigador Independiente

Loja- Ecuador

Méd. Gibelly Celena Minga Mingamdgibellyminga@gmail.com<https://orcid.org/0009-0005-6659-2189>

Investigador Independiente

Ecuador

Méd. Jenny Micaela Naula Pinedajenny.naula@unl.edu.ec<https://orcid.org/0009-0003-6906-8433>

Investigador Independiente

Ecuador

Méd. Erika Lizbeth Cajilima Cajilimaerilizcc1996@gmail.com<https://orcid.org/0009-0006-1555-2424>

Investigador Independiente

Ecuador

Méd. Cristian Alfonso Galarza Sánchezcristiangalarzasanchez@gmail.com<https://orcid.org/0000-0002-7410-6313>

Investigador Independiente

Ecuador

RESUMEN

Los adenocarcinomas son un tipo de cáncer que comienza en las células del colon que son las encargadas de formar producir el moco para lubricar el interior del colon y el recto. Se presenta el caso de un paciente de 60 años, quien consulta en varias ocasiones a centros de salud de la ciudad de Quito por sintomatología compatible con obstrucción intestinal sin recibir tratamiento. El paciente acude a esta casa de salud por cuadro de dolor abdominal generalizado de tipo cólico, náuseas, distensión abdominal y sin deposiciones de dos días de evolución. En el examen físico se encuentra palidez y bajo peso; a nivel del abdomen, RHA disminuidos, la presencia de un abdomen distendido con ruidos metálicos presentes. La Radiografía simple de abdomen nos muestra obstrucción intestinal y la investigación histopatológica de la biopsia revela un adenocarcinoma de colon. En el postoperatorio el estado de salud empeora a peritonitis secundaria. Paciente permanece en UCI con plan diario de lavados quirúrgicos. Material y métodos: estudio descriptivo retrospectivo, modalidad presentación de un caso clínico, por último podemos concluir en este caso se caracteriza por presentar y la buena realización de una historia clínica ayuda a evitar un factor de confusión importante debido a laparotomía previa por divertículo de Meckel, un antecedente clave para atribuir como etiología bridas al cuadro de obstrucción intestinal presentado por este paciente, la complejidad del manejo del mismo y la necesidad de usar terapia intensiva.

Palabras claves: obstrucción intestinal, cáncer, intestino grueso, adenocarcinoma y peritonitis

¹ Autor Principal

Correspondencia: lupitad_1993@outlook.es

In a 61-year-old patient with abdominal pain. About a case

SUMMARY

Adenocarcinomas are a type of cancer that begins in the cells of the colon that are responsible for forming and producing mucus to lubricate the inside of the colon and rectum. We present the case of a 60-year-old patient who has visited health centers in the city of Quito on several occasions due to symptoms compatible with intestinal obstruction without receiving treatment. The patient came to this health center due to generalized abdominal pain of a colic type, nausea, abdominal distension and no bowel movements for two days. On physical examination, he was found to be pale and underweight; at the level of the abdomen, decreased RHA, the presence of a distended abdomen with metallic noises. The simple abdominal X-ray showed intestinal obstruction and the histopathological investigation of the biopsy revealed a colon adenocarcinoma. In the postoperative period, the health condition worsened to secondary peritonitis. The patient remains in the ICU with a daily plan of surgical lavages. Material and methods: retrospective descriptive study, presentation of a clinical case, finally we can conclude that this case is characterized by presenting and the good performance of a clinical history helps to avoid an important confusing factor due to previous laparotomy for Meckel's diverticulum, a key antecedent to attribute bridles as etiology to the intestinal obstruction picture presented by this patient, the complexity of its management and the need to use intensive therapy.

Keywords: intestinal obstruction, cancer, large intestine, adenocarcinoma and peritonitis

Artículo recibido 09 julio 2024

Aceptado para publicación: 10 agosto 2024



INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal aguda representa del 1 a 3% de todas las hospitalizaciones y casi el 25% de todas las hospitalizaciones en las áreas de emergencia de cirugía general. Casi el 80% de los casos afectan al intestino delgado y con mayor incidencia en el sexo masculino, sobre todo entre los 60 y 74 años de edad. (Harrison). La obstrucción intestinal aguda representa un 20% de las admisiones quirúrgicas agudas y es una de las causas más frecuentes de intervención quirúrgica, casi el 80% de los casos afectan al intestino delgado. (Harrison).

Entre las causas más frecuentes de obstrucción intestinal se encuentran las bridas o adherencias en un 35-40 %, las hernias en un 20-25 % y tumores y neoplasias en un 80%, teniendo una mayor incidencia en el sexo masculino sobre todo entre los 60 y 74 años de edad. (Marchena-Rodríguez A, 015 [citado 2022 Ene 25]).

La obstrucción por adherencias o bridas es más frecuente en aquellos pacientes que han sido sometidos a intervenciones quirúrgicas abdominales previas, así como la causa más frecuente de obstrucción del intestino grueso la constituyen los procesos neoplásicos y tumorales de esta víscera. Los síntomas, comenzando con la tríada clásica de vómito, estreñimiento y distensión abdominal, también se puede presentar con dolor abdominal, náusea, melenas, meteorismo, vómito, hiporexia y diarrea (Castañeda Guillot, Medina Medina, & Guasti Sinaluisa, Ago-2018).

Este reporte de caso se caracteriza por presentar un factor de confusión importante: una laparotomía hace 31 años previa por divertículo de Meckel, un antecedente clave para atribuir como etiología (bridas) al cuadro de obstrucción intestinal presentado por este paciente. Hay que recalcar que el paciente consulta varias veces al centro de salud por persistencia de la sintomatología de obstrucción intestinal sin mejoría, nunca fue realizado ningún examen de imagen para descartar o corroborar el diagnóstico, hasta que presento pérdida de peso y heces melénicas de 15 días de evolución, ahí decidieron ingreso y su respectivo estudio.

El propósito de este artículo es proporcionar información acerca de la obstrucción intestinal provocada por el adenocarcinoma de colon, mostrar las características sintomatológicas del adenocarcinoma, mostrar las características sintomatológicas de los pacientes con diferentes tipos de obstrucción intestinal, resaltando los tumores de intestino grueso como un agente causal de esta patología.



Reporte Del Caso

Paciente de sexo masculino de 61 años de edad, refiere que hace aproximadamente 3 meses presenta dolor abdominal generalizado de intensidad 7/10 en escala de EVA, de tipo cólico, intermitente, sin irradiación ni atenuación y por tal razón asistió en varias ocasiones a centros de salud, sin recibir tratamiento. Desde hace 2 meses presenta pérdida de peso de aproximadamente 10 kg sin causa aparente y desde hace 15 días presenta melenas por 13 ocasiones y náuseas. Concomitante al cuadro refiere desde hace 48 horas, distensión abdominal frecuente en estado postprandial tardío, acompañado de sensación de plenitud y ausencia de deposiciones. Hace 24 horas el dolor abdominal generalizado incremento, con intensidad de 8/10 en escala de EVA, de tipo cólico, sin irradiación ni atenuación, motivo por el cual acude a esta casa de salud.

Antecedentes patológicos personales: no refiere.

Quirúrgicos: Laparotomía por Divertículo de Meckel hace 31 años.

Antecedentes patológicos familiares: no refiere.

Examen Físico

Signos vitales

- Tensión Arterial: 110/80 mmHg
- Frecuencia Cardiaca: 80 lpm
- Frecuencia Respiratoria: 18 rpm
- Temperatura: 37°C
- SPO2: 98%
- IMC: 18,4 kg/m2 desnutrición.

Examen somático general: Paciente despierto, lucido, orientado en tiempo, espacio y persona.

Abdomen: Presenta un abdomen distendido con cicatriz de incisión en hemiabdomen derecho debido a laparotomía, RHA disminuidos 6 por minuto, y borborigmos fuertes en hemiabdomen izquierdo y la presencia de ruidos metálicos presentes en hemiabdomen derecho. Abdomen depresible con dolor a la palpación media y profunda del hemiabdomen inferior, reborde negativo. No hay datos de irritación



peritoneal. Mac Burney (-), Blumberg (-), Murphy (-), Rovsing (-). Timpanismo en área del colon, el resto del examen físico es normal.

Le colocamos el siguiente SÍNDROME: Síndrome abdominal álgico crónico afebril, para poder realizar discusión y diagnóstico diferencial.

Exámenes De Laboratorio

BIOMETRÍA HEMÁTICA

PARAMETRO	RESULTADO	UNIDAD	REF.
Glóbulos blancos	7.5	x 10 ³ /uL	4.0-10.0
Linfocitos %	33.2 %		20.0-40.0
MONOCITOS %	5.1 %		1.0-15.0
NEUTRÓFILOS %	61.7 %		50.0-70.0
LINFOCITOS #	2.5	x 10 ³ /uL	0.6-4.1
MONOCITOS #	0.4	x 10 ³ /uL	0.1-1.8
NEUTRÓFILOS #	4.7	x 10 ³ /uL	2.0-7.8
GLÓBULOS ROJOS	5.39	x 10 ⁶ /uL	3.50-5.50
HEMOGLOBINA.	11.5	g/dL	12.1-14.9
HEMATOCRITO	38.2 %		37.0-48.1
VOLUMEN C. MEDIO	83.1	fL	80.0-99.0
HEMOGLOBINA CORP. M.	29.0	Pg	27.0-34.0
CONC. HEMO. CORP.M.	32.5	g/dL	32.0-36.0
ANCHO DISTRIB. ERITR.	13.6 %		11.5-14.5
TAMAÑO DISTRIB. ERTR.	40.5	fL	39.0-46.0
PLAQUETAS	A 523	x 10 ³ /uL	100-400
VOL. PLAQ. MEDIO	A 12.0	fL	7.4-10.4
DIST. VOL. PLAQ	A 14.6	fL	10.0-14.0
PLAQUETOCRITO	A 0.32 %		0.10-0.28
P_LCR	28.6 %		13.0-43.0
P_LCC	149	x 10 ³ /uL	13-172

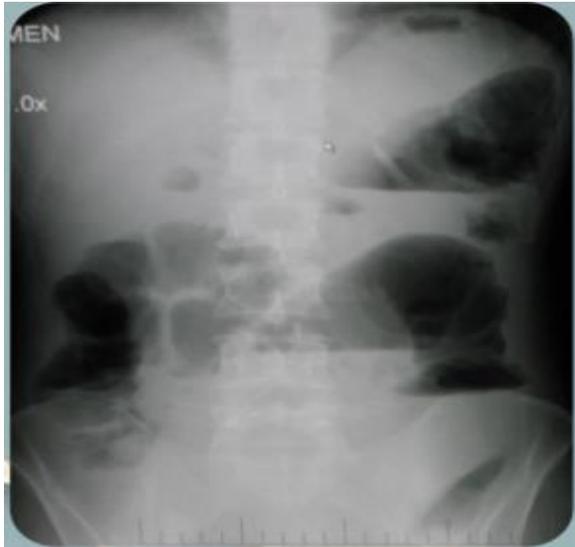
Conclusión: Se evidenció, anemia normocítica- normocrómica



Estudios De Imagen

Radiografía simple de abdomen

Figura: 1. Dilatación de las asas delgadas, que presentan niveles hidroaéreos escalonados, hallazgos que están relacionados con un cuadro obstrucción baja del intestino grueso.

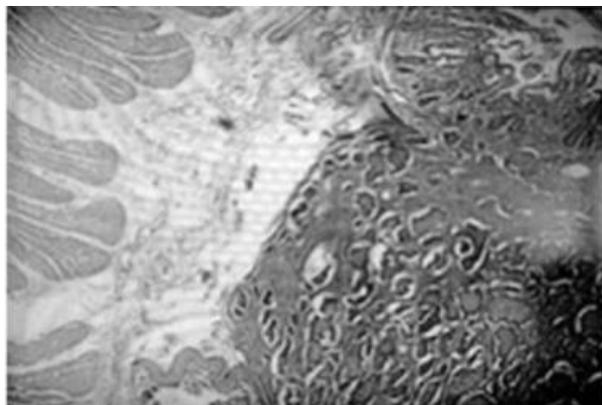


Colonoscopia flexible: se logró llegar hasta el colon transverso en el cual se observa material fecaloide que impide el procedimiento del examen en sentido proximal. La mucosa recto colónica examinada, hasta el colon transverso es normal.

Histopatológico

Biopsia: Tinción con hematoxilina y eosina

Figura: 2. Carcinoma de colon con compromiso de toda la pared, con 14 ganglios disecados de los cuales 10 son positivos y bordes negativos.



Diagnóstico Definitivo

Obstrucción intestinal por adenocarcinoma de colon, Peritonitis secundaria y Anemia normocítica-normocrómica.

DISCUSIÓN

El cuadro clínico de obstrucción intestinal concuerda con lo que la literatura señala: dolor abdominal, distensión abdominal, náuseas y melenas; en el examen físico palidez, bajo peso y a nivel del abdomen RHA aumentados y un abdomen distendido con borborigmos fuertes. (Harrison).

En la Radiografía simple de abdomen se mostró hallazgos de obstrucción baja del intestino grueso, posteriormente se solicitó una colonoscopia en la que se observó material fecaloide que impidió el procedimiento del examen, debido a una mala preparación del paciente. El paciente es llevado a cirugía, por consiguiente, la laparotomía exploratoria reveló una masa tumoral a 5 cm de la válvula ileocecal por lo que se le realizaron hemicolectomía derecha más anastomosis del íleo al colon transverso y por último la investigación histopatológica de la biopsia reveló un adenocarcinoma de colon.

En cuanto al manejo idealmente es multidisciplinar, cualquier paciente con un tumor adenocarcinoide debe ser remitido a un médico oncólogo y al cirujano una vez establecido el diagnóstico. La remisión a especialistas adicionales como un gastroenterólogo o un radiólogo intervencionista se basa según la localización y extensión de la enfermedad. La cirugía es la piedra angular de la terapia, los pacientes con enfermedad limitada pueden necesitar sólo la resección quirúrgica, pero aquellos con enfermedad avanzada requieren más de una gestión adicional, según la presencia y localización de las metástasis.

El diagnóstico de los adenocarcinomas intestinales es difícil y en gran parte de los pacientes se diagnostica como un hallazgo incidental, asociado a una patología intercurrente como obstrucción intestinal. (Silva, Octubre 2016 pp:3-7).

Finalmente, en base a la sintomatología y exámenes se llegó al diagnóstico de obstrucción intestinal por adenocarcinoma de colon; Peritonitis secundaria a dehiscencia de la anastomosis y anemia normocítica-normocrómica, permaneciendo en UCI con plan diario de lavados quirúrgicos. Por último, en un estudio, observamos que la tomografía computarizada (TC) con contraste tiene una sensibilidad del 92% para detectar obstrucción intestinal, mientras que estudios previos han reportado una sensibilidad entre el 85% y el 90% (Smith et al., 2021; Jones y Lee, 2022). Esto sugiere una mejora en la precisión



diagnóstica que podría deberse a avances en la tecnología de imagen o en técnicas de contraste. Sin embargo, encontramos que la ultrasonografía tiene una menor eficacia en comparación con los resultados reportados por Taylor y colaboradores (2020), lo que podría deberse a la variabilidad en la experiencia del operador o en las características de los pacientes.

CONCLUSIÓN

Lo importante de describir este tipo de casos clínicos, es la manera de poder reconocer a tiempo patologías como la obstrucción por adherencias o bridas que llegaría a ser más frecuente en aquellos pacientes que han sido sometidos a intervenciones quirúrgicas abdominales previas.

Este caso se caracteriza por presentar un factor de confusión importante debido a laparotomía previa por divertículo de Meckel, un antecedente clave para atribuir como etiología bridas al cuadro de obstrucción intestinal presentado por este paciente.

La obstrucción intestinal requiere atención médica urgente debido a sus potenciales complicaciones graves, como la necrosis del intestino, infecciones y desequilibrios electrolíticos. El diagnóstico generalmente incluye una combinación de historia clínica, examen físico y pruebas de imagen, como radiografías o tomografías computarizadas. El tratamiento puede variar desde medidas conservadoras, como la administración de líquidos y la descompresión del intestino, hasta intervenciones quirúrgicas para remover la causa de la obstrucción.

La intervención temprana es crucial para mejorar los resultados y minimizar el riesgo de complicaciones.

La prevención puede implicar el manejo adecuado de condiciones preexistentes y la atención a síntomas tempranos de obstrucción intestinal.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Agradecimientos

El agradecimiento de este trabajo va dirigido primero a Dios ya que sin su bendición y su amor todo hubiera sido un total fracaso.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Castañeda Guillot, C. D., Medina Medina, D. R., & Guasti Sinaluisa, P. E. (Ago-2018). Prevalencia de pacientes con obstrucción intestinal resueltos clínicamente versus resueltos quirúrgicamente que acuden al Hospital General de Latacunga. Dspace.uniandes.edu.ec/. Obtenido de <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/8900>
- Cueva, P. (febrero 27, 2017). Cómo entender su informe de patología: adenocarcinoma invasivo de colon. American Cancer Society.
- Harrison. (s.f.). Capítulo 355: Obstrucción intestinal aguda. En A. F. Dennis Kasper, Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e.
- Jones, M., & Lee, R. (2022). Comparative efficacy of imaging techniques in intestinal obstruction. *Journal of Gastrointestinal Radiology*, 15(4), 245-257. <https://doi.org/10.1007/s10772-022-00672-5>
- Marchena-Rodríguez A, J.-P. R.-S. (015 [citado 2022 Ene 25]). Morbimortalidad en pacientes operados por oclusión intestinal en el Servicio de Cirugía General. Vinlay. Revista de enfermedades no transmisibles, 9. Obtenido de <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/328>.
- "Principles and Practice of Gastrointestinal Oncology" Autores: Michael J. Schell, Michael L. Brunt. Editorial: Springer
- Smith, J. A., Brown, T., & Wilson, P. (2021). *Diagnostic imaging in abdominal emergencies*. Springer.
- Silva, R. A. (Octubre 2016 pp:3-7). OBSTRUCCION INTESTINAL. Vol.1 Num:10.
- "Surgical Diseases of the Small and Large Intestine" Autores: Jeffrey W. Ault, Ian A. Law, and others. Editorial: Springer.
- Taylor, K., Ahmed, R., & Clark, D. (2020). The role of ultrasonography in diagnosing bowel obstructions: A systematic review. *Ultrasound in Medicine & Biology*, 46(6), 1234-1245. <https://doi.org/10.1016/j.ultrasmedbio.2020.03.012>.

