Diagnóstico diferencial del estreñimiento crónico. A propósito de un caso

A. Caballero Carrasco[a], M.D. López Crespo[b], R. Blasco Montero[a] y J.P. Almeida Rebollo[b]

[a]Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Docente de Pueblo Nuevo del Guadiana. Badajoz.
[b]Consultorio local de Guadiana del Caudillo. Badajoz. España.

El estreñimiento crónico supone un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria y de automedicación, pues hasta un 20% de los pacientes mayores de 65 años emplean laxantes de forma regular. Debido a las múltiples causas que lo pueden producir; principalmente trastornos funcionales y, en menor medida, otras causas como la ingesta de fármacos, enfermedades digestivas o extradigestivas y ante la relevancia de las mismas, debemos realizar una buena anamnesis, exploración y seguimiento de éste, intentando llegar al diagnóstico etiológico valorando los signos de alarma y solicitando pruebas complementarias ante la sospecha de origen orgánico. El pronóstico en algunas ocasiones podría depender de la precocidad con la que se diagnostique; véase en nuestra paciente, cuya evolución fue favorable debido al diagnóstico y tratamiento precoz del pseudomixoma peritoneal.

Palabras clave: estreñimiento, crónico, causas.

Chronic constipation is a frequent reason for a visit to Primary Care and self-medication, since up to 20% of the patients over 65 years commonly use laxatives. Due to the multiple causes that can cause it, mainly functional disorders, and to a lesser degree, other causes such as drugs, digestive or extradigestive diseases and due to their relevance, we should make a good anamnesis, examination and follow-up. We should then try to reach the etiological diagnosis, assessing the alarm signs and requesting complementary tests when there is suspicion of an organic origin. Prognosis in some occasions could depend on the earliness of the diagnosis. Consider our patient, whose course was favorable due to the early diagnosis and treatment of the pseudomyxoma peritonei.

Key words: constipation, chronic, causes.

INTRODUCCIÓN

Ante todo paciente con estreñimiento debemos realizar un estudio para descartar trastornos funcionales, ingesta de fármacos, enfermedades digestivas y extradigestivas.

En el caso que presentamos se trata de un pseudomixoma peritoneal, en el contexto de un estreñimiento crónico, motivo poco frecuente pero a tener en cuenta.

El pseudomixoma peritoneal es una neoplasia infrecuente, que se caracteriza por la ocupación de la cavidad peritoneal por grandes colecciones de contenido mucinoso y ascitis que envuelve la superficie peritoneal y el omento[1].

Es más frecuente en mujeres que en hombres en una proporción 2-3/1. Su origen es incierto, pero recientes pruebas moleculares y de inmunohistoquímica sugieren el apéndice como lugar de origen[2]. Tiene una supervivencia a 1, 5 y 10 años del 98%, 53%, y 32% respectivamente[1], aunque estos porcentajes tienen una gran variabilidad según la malignidad de los distintos subgrupos: pseudomixoma peritoneal, cistoadenocarcinoma, cistoadenoma y mucocele simple apendicular[3].

Normalmente se diagnostica como hallazgo incidental de una laparotomía.

Su presentación clínica más frecuente es el dolor abdominal, siendo el tiempo medio de duración de unos meses, junto a distensión abdominal[4]. Otros síntomas acompañantes son anorexia, pérdida de peso, náuseas, vómitos, síntomas urinarios y alteraciones del tránsito intestinal.

Los marcadores tumorales de antígeno carcinoembrionario (CEA) y Ca 19-9 dan información acerca de la pro-

Correspondencia: A. Caballero Carrasco
C/ Julio Cienfuegos Linares 10, 2.ºA derecha.
06006 Badajoz. España.

Recibido el 26-04-05; aceptado para su publicación el 25-11-05.

gresión de la enfermedad y se usan como marcadores pronósticos: unos niveles normales se asocian a mejor evolución[5]. La proliferación focal es también un factor pronóstico[6].

Además de por la sospecha clínica, el diagnóstico preoperatorio se realiza fundamentalmente por técnicas de imagen como la ecografía y tomografía axial computarizada (TAC) abdominales, pero sólo como diagnóstico de presunción, ya que el diagnóstico definitivo se obtiene durante el acto quirúrgico y con el estudio anatomopatológico[7].

El tratamiento fundamental consiste en la resección tumoral extensa, incluyendo apendicectomía, ooforectomía y omentectomía en un primer momento[8]. El papel de la quimioterapia intraperitoneal y sistémica aún no está claramente definida[2].

EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de J.N.A., mujer de 71 años, hipertensa, colecistectomizada hace 16 años, histerectomizada hace 10, con episodio previo de trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo. Se encuentra en tratamiento con diltiazem, captopril e hidroclorotiazida junto con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) del tipo indometacina de manera eventual.

Acude a consulta por presentar meteorismo, estreñimiento más acentuado de lo habitual, sin síntomas constitucionales.

En la exploración se objetivó una buena hidratación de piel y mucosas, con buen estado general y una tensión arterial de 100/65 mmHg. La auscultación cardiopulmonar se encontraba dentro de la normalidad; en cuanto a la inspección del abdomen éste se presentaba blando, depresible, con distensión abdominal y meteorización sin masas ni visceromegalias palpables. En el tacto rectal se detectó un discreto aumento del tono anal, con la ampolla rectal vacía.

Se le pautó plantago ovata en sobres cada 8 horas y dieta rica en fibra.

A las dos semanas persistía el estreñimiento y el perímetro abdominal había aumentado, por lo que se solicitó ecografía abdominal y una analítica de control rutinario donde se detectó una anemia hipocrómica normocítica (tabla 1) y se derivó a interconsulta de digestivo.

En la ecografía abdominal se aprecia una imagen ecogénica nodular en lóbulo hepático izquierdo (LHI), sugestiva de angioma o lesión metastásica; una marcada infiltración peritoneal, estando la grasa ecogénica y observando una gran masa hipoecogénica predominante, con pseudotabiques en su interior, que ocupa toda la pelvis y el hemiabdomen inferior.

Se realiza tomografía axial computarizada (TC) sin/con contraste intravenoso (iv) y con contraste oral, observando una gran masa peritoneal, hipodensa, con valores de atenuación predominantemente líquidas, apreciando unos finos tabiques que se realzan con el contraste iv. La masa se extiende hacia el Douglas y comprime el colon recto-sigmoideo con un pequeño polo sólido en su porción inferior, que realza con el contraste, comprime y desplaza cranealmente las asas hacia niveles superiores, observando una marcada infiltración de la grasa peritoneal y omento, estando éste hipervascularizado e irregular, sugestivo de infiltración peritoneal neoplásica.

Tabla 1. Resultados analíticos pre y postcirugía

Cirugía	Antes	Después
Hemograma		
Hematíes (mill/mm^3)	3,78	4,38
Hematocrito %	32,7	39,4
Hemoglobina g/dl	10,20	13,4
VCM fl	86,5	91,1
Leucocitos mil/mm3	7,30	7,3
Linfocitos %	21,7	40,5
Monolitos %	8,6	7,3
Segmentados %	65,8	49,2
Plaquetas mil/mm^3	352	198
VSG	116	8
Bioquímica		
Glucosa mg/dl	100	105
Urea mg/dl	39	40
Creatinina mg/dl	0,62	0,57
Ácido úrico mg/dl	3	3,2
Colesterol total mg/dl	109	148
Triglicéridos mg/dl	88	131
Proteínas totales g/dl	6,3	6,9
Albúmina g/dl	3,6	4,4
Bilirrubina total mg/dl	0,3	0,6
Bilirrubina directa mg/dl	0,13	0,13
LDH UI/l	307	284
GOT UI/l	15	17
GPT UI/l	14	18
GGT UI/l	8	11
Fosfatasa alcalina UI/l	93	81
Sodio mmol/l	142	142
Potasio mmol/l	3,9	3,8
Cloro mmol/l	104	105
Fósforo mg/dl	3,9	4,5
Calcio mg/dl	9	9,6
T4 libre pmol/l	14	
TSH μUI/ml	4,93	
Hierro μg/dl		108
Ferritina ng/ml		82,7
Transferrina mg/dl		223

VCM: volumen corpuscular medio; VSG: velocidad de sedimentación globular; LDH: lacticodeshidrogenasa; GOT: gammaoxalatotransaminasa; GPT: transaminasa- glutámico- pirúvica; GGT: gammaglutamiltransferasa.

Estos hallazgos sugieren que pudiera corresponder con cistoadenocarcinoma mucinoso de ovario o apendicular o pseudomixoma peritoneal, como primeras posibilidades, sin descartar que se trate de angiosarcoma del omento o mesotelioma peritoneal.

En el servicio de Digestivo se completa el estudio con la petición de marcadores tumorales como Ca 19,9: 17,55 UI/ml (10-40) y el CEA: 117 ng/ml (0-5).

A los pocos días fue intervenida por el Servicio de Cirugía General objetivándose la tumoración mucoide que ocupaba la totalidad de la cavidad abdominal y se extendía desde el mesocolon transverso hasta la pelvis que fue extirpada. Se le realiza ooforectomía, apendicectomía (fig. 1), omentectomía y exéresis de mesenterio, asas del intestino

Figura 1. Pseudomixoma apendicular[9]

delgado y transcavidad de ambos subfrénicos, extirpándose un volumen total de 15 litros.

La anatomía patológica fue informada como tumor mucinoso: cistoadenoma mucinoso de origen apendicular de malignidad intermedia.

Actualmente se encuentra con buen estado general y calidad de vida, en tratamiento quimioterápico por vía oral durante 6 meses con posterior control de recidivas, para lo que se le realizan nuevos controles analíticos (tabla 1) y de imagen, encontrándose éstos dentro de la normalidad

DISCUSIÓN

En la mayoría de los casos de estreñimiento, probablemente en más del 90%, no hay causa subyacente (cáncer, depresión, hipotiroidismo, etc.), mejorando éste con hidratación generosa, ligero ejercicio físico y añadiendo fibra a la dieta (15-20 g al día). En el caso revisado la paciente fue tratada mediante técnicas higienicodietéticas, sin presentar mejoría alguna y sin embargo, agravamiento de la clínica sin síntomas constitucionales asociados, por lo que sospechamos que pudiese existir una causa orgánica subyacente.

Definimos estreñimiento como síntoma caracterizado por defecación difícil, infrecuente o aparentemente incompleta; hay que analizar con detalle los síntomas de cada paciente para averiguar lo que quieren decir con "estreñimiento" o "dificultades para la defecación". La mayoría de las personas realizan deposiciones con una frecuencia de 3 semanales, pero esto no podría considerarse por sí sólo como estreñimiento, ya que aunque la frecuencia sea normal, pueden presentar esfuerzos excesivos, plenitud en la parte baja del abdomen, sensación de evacuación incompleta o la expulsión de heces duras. El hecho de que aparezcan dichos síntomas guarda estrecha relación con un enlentecimiento del tránsito intestinal, como en el caso de nuestra paciente, en el cual se objetivó una gran masa que se extendía hasta el Douglas y que comprimía el recto-sigma.

Nuestra actitud en Atención Primaria ante este tipo de paciente debe ser fundamentalmente la distinción entre un origen orgánico y funcional. Para ello, en primer lugar, debemos realizar primero una buena anamnesis, valorando hábitos dietéticos, actividad física, consumo previo y actual de fármacos, así como la existencia de enfermedades que se asocien a estreñimiento o cirugía abdominal previa y en segundo lugar, antecedentes familiares como poliposis colónica, neoplasias, etc. Continuaremos con la enfermedad actual, investigando sobre los síntomas que presenta, desde cuándo los padece y si están o no asociados al aparato digestivo o fuera de éste, tanto como trastornos del comportamiento alimentario.

Posteriormente haremos una exploración física con una buena valoración abdominal (para detectar masas, ruidos hidroaéreos, cicatrices de intervenciones quirúrgicas) y un tacto rectal (sensibilidad y tono del esfínter anal tanto basal como tras contracción); la presencia o no de heces, impactación fecal, mocos, pus, sangre, patología anal o pe-

Tabla 2. Diagnóstico diferencial del estreñimiento crónico

Trastornos funcionales	Estreñimiento crónico
	Síndrome de intestino irritable
Fármacos	Los más frecuentes: antiácidos(carbonato cálcico, hidróxido de aluminio), antagonistas del calcio (diltiazem, verapamilo), anticolinérgicos (antidepresivos tricíclicos, antiparkinsonianos, antipsicóticos), hierro (sulfato ferroso), colestiramina, anticonvulsivantes (hidantoína), opiáceos (codeína), bloqueantes ganglionares, anfetaminas, IMAO.
	Otros menos frecuentes: sucralfato, sales de bismuto, analgésicos (AAS, diflunisal), diuréticos, isoniacida, abuso de laxantes, antihistamínicos, piridoxina, metales pesados, relajantes musculares, sulfato de bario, vitamina D
Enfermedades digestivas	Tracto digestivo alto: úlcera duodenal, cáncer gástrico, enfermedad celíaca
	Lesiones del colon extraluminal: tumores, hernias, vólvulo crónico
	Lesiones del colon luminal: tumores, tuberculosis, estenosis, diverticulitis, colitis isquémica.
	Anomalías musculares del colon: dilatación segmentaria del colon, enfermedad diverticular
	Lesiones del recto: tumores, rectocele, proctitis ulcerosa, cirugía, prolapso rectal, lesiones del canal anal: abceso perianal, estenosis, fístula anal, hemorroides, prolapso de mucosa.
Enfermedades sistémicas	Enfermedades endocrinas: diabetes mellitus, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, feocromocitoma.
	Trastornos metabólicos: hipercalcemia, hipopotasemia, uremia, porfiria, deshidratación
	Enfermedades musculares y del colágeno: esclerodermia, amiloidosis, distrofia miotónica, dermatomiositis.
	Enfermedades neurológicas y psiquiátricas: depresión, demencia, paraplejía, accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple, lesión medular, enfermedad de Hirschprung, enfermedad de Parkinson

IMAO: inhibidores de la monoaminooxidasa; AAS: ácido acetilsalicílico.

rianal. Finalmente, las pruebas complementarias que la mayoría de las veces no son necesarias estarían indicadas ante la presencia de signos o síntomas de alarma, como el estreñimiento de reciente aparición, su asociación con síntomas constitucionales, la presencia de rectorragia y un estreñimiento de inicio en mayores de 40-50 años o en ausencia de respuesta al tratamiento pueden ser síntomas de un proceso orgánico importante como tumor o estenosis. La intensificación del estreñimiento crónico en nuestra paciente fue la clave que nos orientó al diagnóstico de causa orgánica. Ante esta clínica nos plantearíamos realizar una sigmoidoscopia, un enema opaco o una colonoscopia, especialmente en mayores de 40 años[10], sin embargo, en esta paciente se llegó a la sospecha del diagnóstico a través de ecografía abdominal, sin colonoscopia previa debido a las quejas continuas por un aumento de su perímetro abdominal.

El diagnóstico de pseudomixoma realizado en el caso clínico requirió una actuación rápida que exigió la coordinación del médico de familia con el Servicio de Digestivo, Cirugía y Oncología. Otros diagnósticos a tener en cuenta serían (tabla 2): trastornos funcionales, fármacos, enfermedades digestivas y enfermedades sistémicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gough DB, Donohoue JH, Schutt AJ, Gonchoroff N, Goellner JR, Wilson TO, et al. Pseudomyxoma peritoneo. Long-term patient survival with an aggressive regional approach. Ann Surg. 1994;219:112-9.
2. Harshen R, Jyothirmayi R, Mithal N. Pseudomyxoma peritonei. Clin Oncol (R Coll Radiol). 2003;15:73-7.
3. Carr NJ, McCarthy WF, Sobin LH. Epithelial noncarcinoid tumors and tumor-like lesions of the appendix: a clinicopathologic study of 184 patients with a multivariate analysis of prognostic factors. Cancer. 1995;75:757-68.
4. Lo NS, Sarr MG. Mucinous cystadenocarcinoma of the appendix. The controversy persists: a review. Hepatogastroenterology. 2003;50:432-7.
5. Carmignani CP, Hampton R, Sugarbaker CE, Chang D, Sugarbaker PH. Utility of CEA and CA 19-9 tumor markers in diagnosis and prognostic assessment of mucinous epithelial cancers of the appendix. J Sirg Oncol. 2004;87:162-6.
6. van Ruth S, Acherman YI, van der Vijver MJ, Hart AA, Verwal VJ, Zoetmulder FA. Pseudomyxoma peritonei: a review of 62 cases. Eur J Surg Oncol. 2003;29:682-8.
7. Jivan S, Bahal V. Pseudomyxoma peritonei. Postgrad Med J. 2002; 78:170-2.
8. Huang HC, Huang YS, Shyr YM, Yen SH, Chang FY, Lee SD. Clinical experience of pseudomyxoma peritonei in Taiwan with emphasis on the treatment and survival. Hepatogastroenterolgy. 2002;49: 999-1001.
9. Imágenes disponibles en URL: http://www.cirurgiaoncologica.com.br/ artigo.htm
10. Imágenes disponibles en URL: http:// www.fisterra.com/guias2/estrenimiento.htm