

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR FECALOMA GIGANTE

INTESTINAL OBSTRUCTION DUE TO GIANT FECALOMA

J.P. Roldán-Aviña¹, C. García-Bellido¹, S. Merlo-Molina¹, V. Camacho-Marente¹, A. Aparecero-Fuentes²

¹Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla.

²Hospital de Alta Resolución de Utrera. Sevilla.

Resumen

Los fecalomas se definen como una masa de heces acumuladas (sobre todo a nivel del colon distal y del recto) con presentación clínica muy diversa incluyendo masas abdominales, retención urinaria o megacolon tóxico.

Presentamos el caso de una mujer de 80 años, que acudió a urgencias un cuadro de obstrucción intestinal con sensación de no obrar por completo en las dos últimas semanas. A pesar de fraccionar el fecaloma y administrar un enema el cuadro no mejoró, por lo que se solicitó TAC de abdomen y pelvis para valorar otros posible orígenes (síndrome adherencial, neoplasia estenosante, etc.), en el que se apreció un fecaloma gigante como causa del cuadro. Se realizó manejo conservador del mismo con enemas y laxantes logrando la resolución del cuadro en 48 horas.

Palabras clave: fecaloma, obstrucción intestinal, anuria, estreñimiento crónico.

Abstract

Fecalomas are masses of accumulated feces (especially at distal colon and rectum) with variable clinical presentation including abdominal masses, urinary retention or toxic megacolon.

We present the case of an 80-year-old woman, with symptoms of intestinal obstruction with a two weeks constipation. First treatment was by fractionating the fecaloma and using enemas, with low success. Abdominal and pelvic CT scan was done to evaluate other possible origins (adhesion syndrome, stenosing neoplasm, etc.), finding a giant fecaloma as the cause of the symptoms. Conservative management was performed with enemas and laxatives, achieving resolution of the condition in 48 hours.

Keywords: fecaloma, intestinal obstruction, anuria, chronic constipation.

Introducción

Los fecalomas tienen su origen en una masa de heces acumuladas sobre todo a nivel del colon distal y del recto, de consistencia más dura incluso que la impactación fecal¹. Sus causas pueden ser múltiples y su forma de presentación pueden dar lugar a retenciones urinarias o incluso al desarrollo de un megacolon tóxico¹. Su manejo inicial es conservador mediante cuidados

CORRESPONDENCIA

Juan Pastor Roldán Aviña
Hospital de Alta Resolución de Écija
Avda. Dr. Sánchez Malo, s/n. 41400 Écija (Sevilla)
jproldan@aecirujanos.es

Fecha de envío: 03/06/2017

Fecha de aceptación: 15/06/2017

dietéticos, laxantes y fraccionamiento digital o endoscópico siendo excepcional la necesidad de tratamiento quirúrgico². Presentamos el caso de una paciente que debutó con un cuadro de obstrucción intestinal y anuria secundaria a fecaloma gigante.

Caso clínico

Mujer de 80 años, pluripatológica y polimedicada, que acudió a urgencias por cuadro de náuseas, dolor y distensión abdominal progresivos y con orinas escasas. Refería hábito intestinal estreñido, con sensación de no obrar por completo en las dos últimas semanas a pesar de utilización de laxantes. En el tacto rectal se extrajeron heces endurecidas de la ampolla rectal y posteriormente se administró un enema, que fue poco efectivo; también se realizó sondaje vesical con evacuación de 2.000 cc de orina clara. A pesar de estas maniobras el cuadro continuó empeorando, motivo por el que se solicitó TAC de abdomen y pelvis para valorar posible cuadro obstructivo por sus antecedentes quirúrgicos previos (histerectomía con doble anexectomía) o incluso la presencia de una neoplasia estenosante, y en el que se apreció un fecaloma gigante como causa del cuadro (Figuras 1, 2 y 3). Se realizó manejo conservador del mismo con enemas y sonda rectal logrando la resolución del cuadro en 48 horas.

Discusión

Los fecalomas son una entidad poco frecuente y constituyen la forma más extrema de la impactación fecal(3). Suelen producirse sobre todo en el sigma y en el recto por la disminución progresiva del calibre y el fenómeno de la coprostasis, siendo más frecuentes en pacientes ancianos, con estreñimiento crónico o lesiones medulares⁴, apareciendo también en enfermedades neuropsiquiátricas y sobre todo en los aganglionismos como en la enfermedad de Chagas o de Hirschprung^{1,5}.

Desde el punto de vista clínico los fecalomas pueden pasar desapercibidos inicialmente debido a la presencia de diarrea por rebosamiento³. También pueden manifestarse como masas abdominales que condicionan síntomas por compresión de estructuras vecinas³ con clínica incluso extradigestiva como puede ser la incontinencia urinaria⁶. En casos más avanzados llegan a producir megacolon tóxico o retención urinaria¹. Las complicaciones más severas son la insuficiencia respiratoria, la perforación intestinal o la uropatía obstructiva. La presentación en forma de obstrucción intestinal con dolor y distensión abdominal, náuseas y vómitos como en nuestro caso, es muy rara¹.

Aunque el diagnóstico es clínico, la radiología simple o del TAC⁷ puede ser útil tanto para el diagnóstico como para el diagnóstico diferencial con el megacolon idiopático².

El tratamiento del fecaloma debe ser inicialmente conservador con reposo digestivo, utilización de laxantes y de enemas, y con la extracción digital del mismo^{1,3,7} siendo necesaria

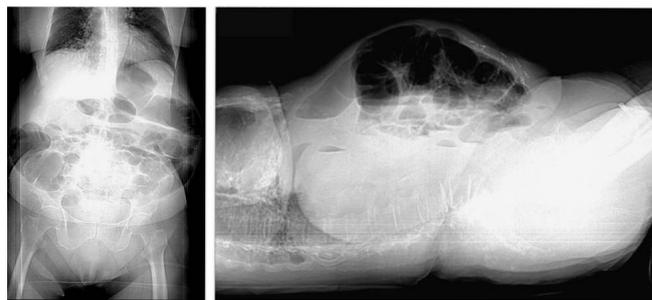


Figura 1

Radiología simple anteroposterior y lateral (Scanview TAC) con patrón obstructivo y dilatación del colon.

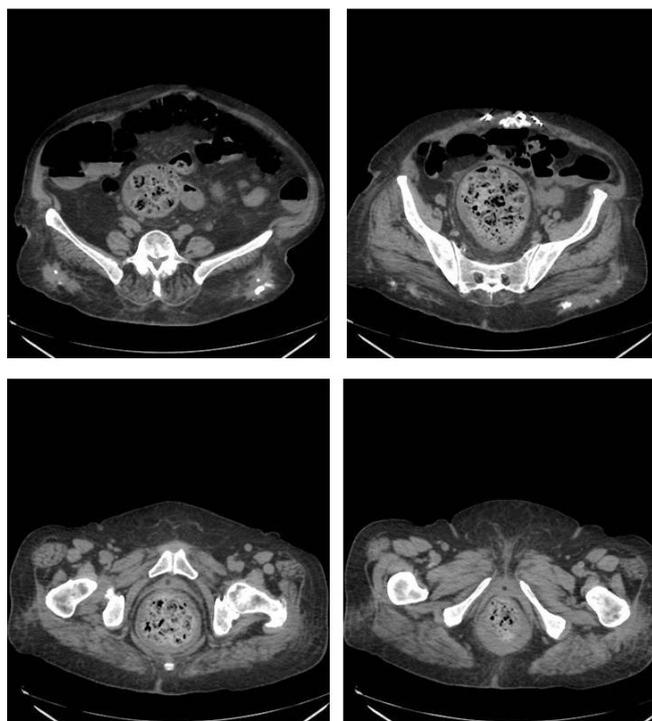


Figura 2

TAC de abdomen (cortes axiales) con dilatación del colon y fecaloma a nivel del sigma.

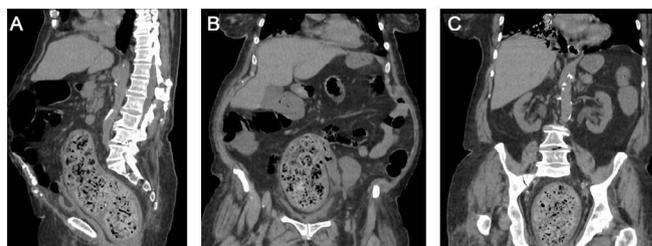


Figura 3

TAC de abdomen. A) Corte sagital: gran fecaloma que sobrepasa el promontorio sacro. Cortes coronales: B) a nivel de sigma alto y C) a nivel del recto.

en ocasiones la anestesia general⁴. También está descrito el tratamiento endoscópico^{1,5} quedando reservado el tratamiento quirúrgico para cuando fallan estas medidas o cuando existe la posibilidad de desarrollo de complicaciones². Está descrito tanto el abordaje abierto o laparotómico, así como la extracción mediante colotomía del fecaloma o la resección con anastomosis³. La técnica dependerá tanto del tamaño, la localización y la presencia de contaminación en la cavidad peritoneal. El pronóstico tras la cirugía empeora en pacientes ancianos o si se ha retrasado la indicación para la cirugía¹.

Bibliografía

1. Mushtaq M, Shah MA, Malik AA, Wani KA, Thakur N, Parray FQ. Giant fecaloma causing small bowel obstruction: case report and review of the literature. *Bull Emerg Trauma* 2015; 3: 70-72.
2. Tchangai B, Alassani F, Tchaou M, Attipou K. Staged surgery for giant fecaloma complicating idiopathic megacolon. *O J Gas* 2016; 6: 418-422.
3. Gupta M, Aggarwai P, Singh R, Lehi SS. A case of giant fecaloma in a 32-years old woman. *Austin J Clin Case Rep* 2014; 1: 1017.
4. Caselli G, Besa C, Migueles R. Fecaloma gigante en paciente adolescente. *Rev Chil Cir* 2014; 6: 529-530.
5. Ayala MA, Tafuya D, Martínez KI. Fecaloma gigante. *Rev Med Hered* 2014; 25: 177.
6. Adriazola M, Ortiz R, Alonso A, García E, Tejeda E, Romero F. Fecaloma gigante como causa de incontinencia e inestabilidad vesical femenina. Aportación de un caso. *Actas Urol Esp* 2004; 28: 527-529.
7. Yucel AF, Akdigan RA, Gucer H. A giant abdominal mass: fecaloma. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012; 10: e9-e10.