

## DOLICOSIGMA CON FECALOMA GIGANTE COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN UN PACIENTE JOVEN

MARÍA FERNANDA RODRÍGUEZ IZQUIERDO<sup>1</sup> 

ANA LISCAR SUTHERLAND MICHELANGELI<sup>2</sup> 

JESÚS ALEJANDRO SOUBLETT RIVAS<sup>2</sup> 

CARLOS ALEXANDER MUÑOZ MORALES<sup>3</sup> 

### DOLICHOSIGMOID WITH GIANT FECALOMA AS A CAUSE OF INTESTINAL OBSTRUCTION IN A YOUNG PATIENT

#### RESUMEN

**Introducción:** El fecaloma constituye una variante extrema de impactación fecal, localizada principalmente en el colon izquierdo debido a la compactación y endurecimiento de las heces. Este cuadro clínico puede manifestarse como obstrucción intestinal, retención urinaria o megacolon tóxico. En la exploración clínica generalmente se detecta una masa abdominal palpable. El tratamiento inicial suele ser conservador, incluyendo desimpactación manual, laxantes y enemas. Sin embargo, los casos de fecalomas gigantes que no responden a estas medidas representan un desafío terapéutico, llegando a requerir manejo quirúrgico. **Caso clínico:** Paciente masculino de 23 años con antecedentes de constipación crónica que presentó un cuadro de 12 días de ausencia de deposiciones, acompañado de distensión abdominal progresiva y tenesmo vesical. El examen físico mostró abdomen distendido con una masa palpable en hipogastrio y flanco derecho, mientras el tacto rectal evidenció heces impactadas en la ampolla rectal. Una tomografía computarizada abdominopélvica reveló la presencia de un dolicosigma con un fecaloma gigante, dilatación colónica de 16 cm e hidronefrosis derecha. Ante el fracaso de varios ciclos de proctoclis, se realizó laparotomía exploradora que permitió la desimpactación manual del fecaloma y una sigmoidectomía con creación de colostomía terminal del colon descendente y cierre del muñón rectal. La cirugía transcurrió sin complicaciones. **Conclusión:** El tratamiento de los fecalomas gigantes asociados a dolicosigma debe abordarse inicialmente con medidas conservadoras. No obstante, en casos refractarios, la intervención quirúrgica se torna esencial. Este caso destaca la importancia del diagnóstico oportuno y un manejo personalizado en pacientes con obstrucción intestinal de etiología benigna.

**Palabras clave:** Obstrucción intestinal, fecaloma, dolicosigma, caso clínico

#### ABSTRACT

**Introduction:** Fecaloma represents an extreme variant of fecal impaction, located primarily in the left colon due to fecal compaction and hardening. This clinical condition can manifest as intestinal obstruction, urinary retention, or toxic megacolon. On clinical examination, an abdominal palpable mass is generally detected. Initial treatment is usually conservative, including manual disimpaction, laxatives, and enemas. However, cases of giant fecalomas that do not respond to these measures pose a therapeutic challenge, often requiring surgical management. **Case Report:** A 23-year-old male with a history of chronic constipation presented with a 12-day history of absence of bowel movements, accompanied by progressive abdominal distension and vesical tenesmus. Physical examination revealed a distended abdomen with a palpable mass in the hypogastrium and right flank, while digital rectal exam evidenced impacted feces in the rectal ampulla. An abdominal and pelvic computed tomography scan showed the presence of a dolichosigmoid with a giant fecaloma, colonic dilation of 16 cm, and right hydronephrosis. After the failure of several cycles of proctoclysis, exploratory laparotomy was performed, allowing manual disimpaction of the fecaloma and a sigmoidectomy with the creation of a terminal colostomy in the descending colon and closure of the rectal stump. The surgery was completed without complications. **Conclusion:** The treatment of giant fecalomas associated with dolichosigmoid should initially be addressed with conservative measures. However, in refractory cases, surgical intervention becomes essential. This case highlights the importance of timely diagnosis and a personalized approach in patients with intestinal obstruction of benign etiology.

**Key words:** Intestinal obstruction, fecaloma, dolichosigmoid, case report

1. Cirujano General. Hospital Provincial de Talagante. Santiago, Región Metropolitana – Chile. Correo-e: mafer89.mfri@gmail.com
2. Cirujano General. Hospital Félix Bulnes Cerda. Santiago, Región Metropolitana – Chile
3. Cirujano General. Hospital Claudio Vicuña. Santiago, Región Metropolitana – Chile

Recepción: 06/12/2024  
Aprobación: 28/04/2025  
DOI 10.48104/RVC.2025.78.1.6  
[www.revistavenezolanadecirugia.com](http://www.revistavenezolanadecirugia.com)

## INTRODUCCIÓN

El dolicosigma es una condición anatómica caracterizada por el alargamiento anómalo y redundancia del colon sigmoide que, aunque puede ser asintomática, constituye un factor de riesgo significativo para el desarrollo de constipación crónica severa. Las alteraciones anatómicas del colon sigmoide predisponen a estasis fecal, favoreciendo la compactación de las heces y la formación de fecalomas. <sup>(1,2,3)</sup> Esta afección es más frecuente en adultos mayores, aunque también puede afectar a pacientes más jóvenes con antecedentes prolongados de constipación o dismotilidad colónica. <sup>(2)</sup>

El fecaloma es una acumulación endurecida de material fecal en el colon o el recto, cuya compactación severa interrumpe el tránsito intestinal normal. Puede presentarse de manera aguda o crónica, siendo sus manifestaciones más significativas la obstrucción intestinal, el dolor abdominal, la distensión marcada y, en casos avanzados, complicaciones como perforación colónica, sepsis o megacolon tóxico. <sup>(4)</sup> Además, la presión ejercida por el fecaloma puede generar compresión de órganos adyacentes, ocasionando síntomas urinarios como tenesmo vesical u obstrucción del tracto urinario, tal y como se describe en algunos reportes clínicos. <sup>(5)</sup>

En el manejo inicial de los fecalomas, las medidas conservadoras son habitualmente el tratamiento de elección. Estas incluyen la administración de laxantes, enemas evacuantes y desimpactación manual. Sin embargo, los fecalomas gigantes que no responden a estas estrategias representan un desafío terapéutico, requiriendo tratamiento quirúrgico, como la resección segmentaria del colon afectado. <sup>(5)</sup> La identificación temprana y el manejo adecuado de esta entidad clínica son fundamentales para prevenir complicaciones graves y reducir la morbilidad asociada.

A continuación, se expone el caso de un paciente joven con diagnóstico de dolicosigma y fecaloma gigante, destacando los hallazgos clínicos, el tratamiento instaurado y los resultados posquirúrgicos, junto con una discusión comparativa con la literatura existente.

## Presentación del caso

### Información del Paciente

Se reporta el caso de un hombre de 23 años con antecedentes de constipación crónica que acudió por un cuadro de 12 días de evolución, caracterizado por ausencia de deposiciones, distensión abdominal progresiva, tenesmo vesical, náuseas y vómitos recurrentes.

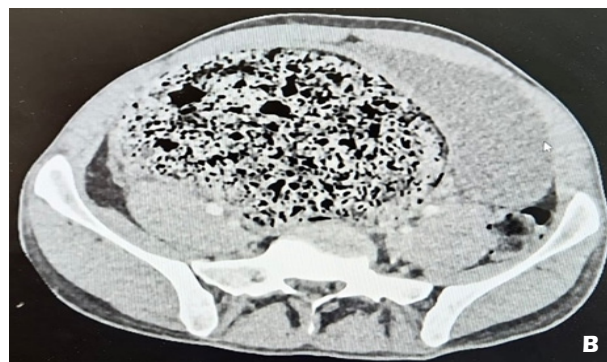
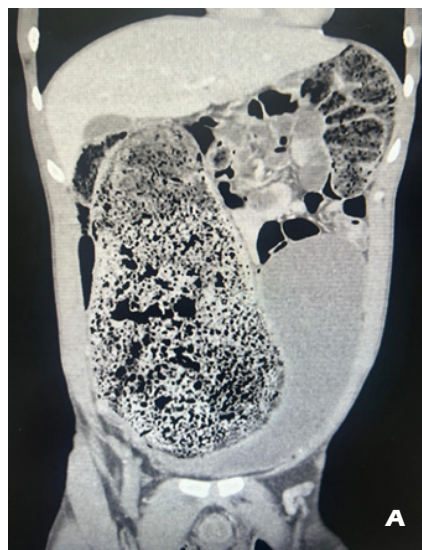
### Hallazgos clínicos

El examen físico mostró un abdomen distendido, con una gran masa palpable en hipogastrio y flanco derecho, no dolorosa

y sin signos de irritación peritoneal. El tacto rectal evidenció abundantes heces impactadas en la ampolla rectal.

### Estudios diagnósticos

La tomografía computarizada abdominal y pélvica demostró un dolicosigma asociado con un fecaloma gigante, dilatación colónica de 16 cm e hidronefrosis derecha (Figura 1).

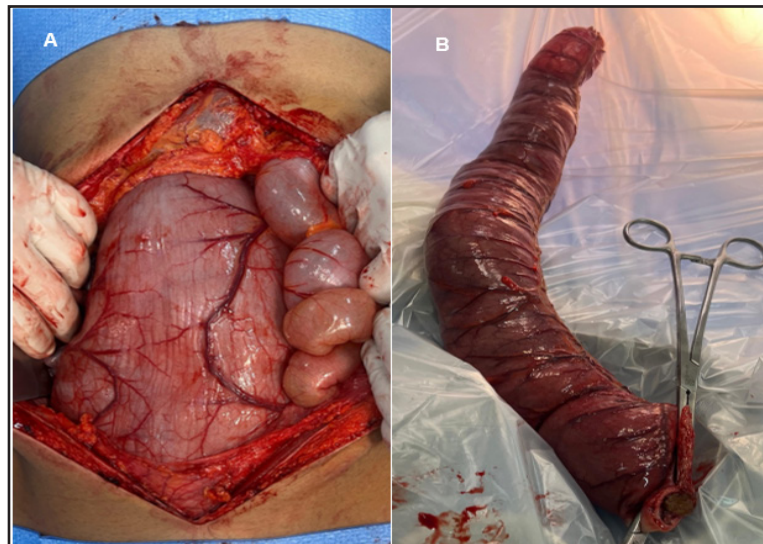


**Figura 1. (A y B) Corte coronal y axial de la tomografía axial computarizada con evidencia fecaloma de gran tamaño**

### Tratamiento realizado

El manejo inicial consistió en medidas conservadoras, incluyendo la administración de laxantes osmóticos (polietilenglicol) y enemas evacuantes de solución salina hipertónica en ciclos repetidos (proctoclis). También se intentó la desimpactación manual bajo anestesia local para aliviar la obstrucción mecánica. No obstante, estos esfuerzos no lograron aliviar los síntomas ni resolver el fecaloma. La persistencia de la distensión abdominal significativa y la obstrucción intestinal justificó la necesidad de intervenir quirúrgicamente para evitar complicaciones como perforación colónica o megacolon tóxico.

Se realizó una laparotomía exploradora con desimpactación manual del fecaloma, seguida de sigmoidectomía debido a la redundancia del colon sigmoide y la dilatación colónica. Finalmente, se practicó una colostomía terminal del colon descendente y cierre del muñón rectal para reducir el riesgo de recurrencia y complicaciones futuras (Figura 2).



**Figura 2. (A) Visión intraoperatoria del dolicosigma ocupado por fecaloma. (B) Pieza de sigmoides posterior a desimpactación parcial para su extracción**

un manejo multidisciplinario para optimizar los resultados clínicos y reducir la morbilidad asociada a esta rara entidad.

## CONCLUSIÓN

El manejo de fecalomas gigantes asociados a dolicosigma requiere un abordaje escalonado, priorizando inicialmente las medidas conservadoras. Sin embargo, como se evidencia en este caso, la cirugía es indispensable en escenarios de obstrucción intestinal refractaria. Este informe subraya la importancia del diagnóstico temprano y un manejo integral para prevenir complicaciones y mejorar el pronóstico.

## DECLARACIONES DE AUTORÍA

M.R y A.S. desarrollaron la idea, condujo la búsqueda bibliográfica, recopiló los datos y redactó el manuscrito. J.S y C.M revisó el documento. Todos los autores realizaron la revisión final, contribuyendo con análisis intelectuales y aprobando la versión final.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del paciente para la publicación de este informe y cualquier imagen asociada.

## CONFLICTO DE INTERESES Y FINANCIACIÓN

Los autores declaramos no tener conflictos de intereses, ni haber recibido financiamiento o patrocinio de ninguna organización para realizar este trabajo.

## SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

El paciente tuvo una evolución posoperatoria favorable, con resolución completa de los síntomas abdominales y urinarios. Fue dado de alta al tercer día postquirúrgico en condiciones estables. En la consulta de seguimiento a los tres meses, permanecía asintomático, sin recurrencia de la constipación ni complicaciones relacionadas con la cirugía.

## DISCUSIÓN

Este caso resalta las dificultades en la identificación y manejo de fecalomas gigantes en el contexto de dolicosigma. Si bien las medidas conservadoras, como laxantes, enemas y desimpactación manual, son el enfoque inicial recomendado <sup>(4)</sup>, la literatura muestra que los casos refractarios suelen requerir intervención quirúrgica para evitar complicaciones graves. <sup>(1, 5)</sup>

La cirugía, que incluye la resección segmentaria del colon afectado, es fundamental en pacientes con dilatación colónica significativa o riesgo de perforación. Este abordaje no solo resuelve el episodio agudo, sino que también previene recurrencias al corregir la anatomía anómala predisponente.

En comparación con otros casos documentados <sup>(2, 3)</sup>, este reporte pone énfasis en la necesidad de una evaluación integral y

## REFERENCIAS

1. Rajagopal A, Martin J. Giant fecaloma with idiopathic sigmoid megacolon: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 2002 Jun;45(6):833-5. doi: 10.1007/s10350-004-6306-x. PMID: 12072639.
2. Ghosh G, Shah S, Maltz C. A Case of a Giant Fecaloma. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018 Apr;16(4):e48. doi: 10.1016/j.cgh.2017.08.004. Epub 2017 Aug 10. PMID: 28804033.
3. Currò G, Lazzara C, Latteri S, Bartolotta M, Navarra G. Supergiant fecaloma as manifestation of chronic constipation. *G Chir*. 2017 Jan-Feb;38(1):53-54. doi: 10.11138/gchir/2017.38.1.053. PMID: 28460206; PMCID: PMC5730403.
4. Mchirgui E, Elloumi H, Ganzoui I, Triki W. Case Report: A giant fecaloma revealed by severe aspiration pneumonia and urinary retention. *F1000Res*. 2021 Jul 29;10:691. doi: 10.12688/f1000research.54855.1. PMID: 38707747; PMCID: PMC11069041.
5. Altomare DF, Rinaldi M, Sallustio PL, Armenise N. Giant fecaloma in an adult with severe anal stricture caused by anal imperforation treated by proctocolectomy and ileostomy: report of a case. *Dis Colon Rectum*. 2009 Mar;52(3):534-7. doi: 10.1007/DCR.0b013e318199db36. PMID: 19333059.