



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

210/120 - ¡La barriga me va a explotar!

I. Asunción Solda^a, C. Pérez Llanes^b, E. Sánchez Pablo^c, C. Celada Roldán^d, S.I. Roncero Martín^e y A.B. Martorell Prof^f

^aCentro de Salud Torre Pacheco Este. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena. Murcia. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. ^eMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^fHospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 46 años que consulta por dolor abdominal cólico de inicio brusco de 6 horas de evolución, localizado en hipogastrio y no irradiado. Acompañado de dificultad para ventosear y para la micción sin disuria. Hábito intestinal conservado. Sin vómitos ni fiebre. A la espera de resultados de estudios complementarios se realiza sondaje vesical. Se obtienen 100 ml de orina clara, descartando globo vesical. Tras la obtención de los resultados se derivó al paciente al servicio de cirugía, donde le realizaron laparoscopia exploradora con lavado peritoneal y colocación de drenajes.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 148/93, t^a: 36,6 °C. BEG, CyO, NH, NC, Ac: rítmico y sin soplos, AP: MVC sin ruidos patológicos. Abdomen: peristaltismo conservado. Distendido, doloroso a la palpación superficial. Con defensa a la palpación en hipogastrio y ambas fosas iliacas. PPRB (-). MMII: normal tacto rectal: tono esfínter anal conservado. Restos de heces en ampolla rectal, sin restos patológicos ni hemáticos. Analítica: leucocitos: 25.450; PCR: 1,30. Rx de tórax: sin signos de neumoperitoneo. Rx abdomen simple: gas en ampolla rectal, heces en marco cólico. Rx abdomen en bipedestación: niveles hidroaéreos. Eco y TC abdominal: hallazgos sugestivos de perforación de colon sigmoide con colección peritoneal, probablemente secundario a diverticulitis aguda complicada. Apéndice retrocecal sin signos inflamatorios.

Juicio clínico: Diverticulitis aguda complicada.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis, apendicitis retrocecal, diverticulitis, obstrucción intestinal, meteorismo, globo vesical.

Comentario final: En la enfermedad diverticular, una vez resuelto el episodio de diverticulitis aguda se debe realizar una colonoscopia, nunca durante el mismo por riesgo de empeorar la situación. El paciente deberá seguir tratamiento y recomendaciones dietéticas para el control de recidivas. En caso de presentar recidivas frecuentes o complicadas que precisen hospitalización está indicada la resección del segmento colónico afectado.

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/diverticulos-diverticulitis/>

2. <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-enfermedad-diverticular-revision-historica-estado-13022288>