



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

210/26 - Un dolor abdominal distinto

A.M. González Cárdenas^a, J.A. Martínez Solano^b, T. Parra Alonso^c, S.E. Medellín Pérez^d, E. Sánchez Fernández^e y M.N. Cano Torrente^f

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. ^bMédico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. ^cMédico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria Lorca-San José. Lorca. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. ^eMédico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. ^fMédico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Lorca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 18 años, sin antecedentes patológicos conocidos, acude a consulta de atención primaria por dolor abdominal de inicio agudo en horas de la mañana, de fuerte intensidad, niega vómitos o diarrea, no presenta fiebre, paciente presenta barrera idiomática que dificulta la entrevista.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente y orientado. Temperatura: 37 °C. AC: rítmico, no ausculto soplos. Abdomen: dolor a la palpación abdominal en flanco izquierdo, con timpanismo abdominal en este nivel, abdomen es blando y depresible. Debido a hallazgos en el examen físico se decide realizar rayos X de abdomen que es sugestiva de posible vólvulo de sigma u obstrucción abdominal, por lo que se deriva paciente a urgencias, donde se le realiza ecografía y TAC abdominal en paciente con los siguientes hallazgos: ecografía y TAC abdominal sin contraste: existe importante distensión del colon, especialmente del sigma, cuyo diámetro máximo es de 9,7 cm, que aparece volvulado, visualizando imagen de remolino del meso. No se observa libre peritoneal ni otros hallazgos reseñables. Conclusión: vólvulo de sigma. Se realiza analítica con hemograma, coagulación y bioquímica que no muestra alteraciones significativas. Se realiza descompresión y devolvulación por vía rectal con sonda y es ingresado a cargo de cirugía general y digestiva. Buena evolución por lo que es alta hospitalaria unos días después.

Juicio clínico: Vólvulo de sigma.

Diagnóstico diferencial: Obstrucción intestinal. Megacolon toxico. Síndrome de Ogilvie.

Comentario final: El vólvulo de sigma no es una patología común, especialmente en jóvenes, en EEUU es responsable de menos del 10% de las causas de obstrucción intestinal, y debido a la barrera idiomática es difícil notar los síntomas que el paciente relata o darles la gravedad que ameritan, por lo que en este caso toma particular importancia el examen físico realizado que indica la posibilidad de una patología grave, el paciente siempre debe recibir un examen físico que podría ser la diferencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Halabi WJ, Jafari MD, Kang CY, et al. Colonic volvulus in the United States: trends, outcomes, and predictors of mortality. Ann Surg. 2014;259:293.