



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3033 - UN CASO DIFERENTE DE DOLOR ABDOMINAL

M. Navarro Miralles^a, M. Muñoz Ayuso^b, B. Blanco Sánchez^c, J. Sánchez Sánchez^d, L. Tomás Ortiz^a y M. Navarro Nuño de la Rosa^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. ^bMédico de Familia. Urgencias Hospital Los Arcos. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco-Este. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia. ^eMédico de Familia. Cuidados Paliativos Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 52 años sin antecedentes de interés que consulta en Urgencias por náuseas y dolor abdominal de cinco días de evolución sin ninguna otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente y orientado, buena coloración, hidratación y nutrición. Eupneico. Afebril. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, molestia a nivel de epigastrio. Sin defensa, sin signos de irritación peritoneal. Con ruidos abdominales metálicos. Gasometría arterial, electrocardiograma, radiografía de tórax y analítica sin alteraciones patológicas. Rx abdomen: se visualiza imagen en grano de café. Tras introducción de contraste con enema durante el TAC, el vólvulo se resuelve y el paciente mejora sin necesidad de realización de colonoscopia para desvolvulación.

Juicio clínico: Vólvulo de sigma.

Diagnóstico diferencial: Estreñimiento, causas de obstrucción intestinal (adherencias, hernias inguinales y neoplasias), bezoar, el síndrome de Ogilvie o seudoobstrucción intestinal, ileo paralítico y megacolon tóxico.

Comentario final: El vólvulo de colon es la torsión de una parte del colon sobre su eje mesentérico dando un cuadro clínico de obstrucción intestinal. Constituye la tercera causa de obstrucción colónica (10%) siendo el más frecuente el de sigma (40-80%). Incidiendo principalmente en pacientes varones y de edad avanzada (60-70 años). Su etiopatogenia incluye estreñimiento crónico, dieta rica en fibra, abuso de laxantes, embarazo, diabetes, enfermedades neurológicas y psiquiátricas, causas anatómicas, cirugía abdominal previa y adherencias postoperatorias. El cuadro clínico clásico viene determinado por la tríada de dolor abdominal, distensión y estreñimiento, seguidos de náuseas y vómitos. Dependiendo de la rapidez de la torsión intestinal, tendremos una presentación más fulminante o una presentación más indolente de 3-4 días de clínica. En la exploración destaca timpanismo, ausencia de peristaltismo o ruidos-metálicos. El diagnóstico se realiza a partir de criterios clínicos, radiológicos, endoscópicos y, en ocasiones, intraoperatorio. El tratamiento de elección es la colonoscopia descompresiva y de segunda elección cirugía.

Bibliografía

- Peterson CM, Anderson JS, Hara AK, Carenza JW, Menias CO. Volvulus of the gastrointestinal tract: Appearances at multimodality imaging. Radiographics. 2009;29:1281-93.

2. Habre J, Sautot-Vial N, Marcotte C, Benchimol D. Caecal volvulus. Am J Surg. 2008;196:48-9.
3. Booij KAC, Tanis PJ, Van Gulik TM, Gouma DJ. Recurrent volvulus of the transverse colon after sigmoid resection. Int J Colorectal Dis. 2009;24:471-2.
4. Raveenthiran V, Madiba TE, Atamanalp A, De U. Volvulus of the sigmoid colon. Colorectal Dis. doi:10.1111/j.1463-1318.2010.02262.x

Palabras clave: Vólvulo. Sigma. Obstrucción abdominal.