

347/3896 - MÁS ALLÁ DEL ESTREÑIMIENTO

C. Pérez Vázquez^a, E. Tobal Vicente^b, D. García Moreno^c y E. de Dios Rodríguez^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^bMédico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Segovia Rural. Segovia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 80 años que acude a urgencias hospitalarias por dolor abdominal de 2-3 días de evolución asociado a estreñimiento con ausencia de deposiciones y gases. Hoy ha presentado un vómito que lo describen oscuro como en “posos de café”. No presenta fiebre. Refiere haber presentado episodios previos similares. Entre sus antecedentes presenta un megacolon y estreñimiento crónico, no otros antecedentes de interés ni medicación.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 103/54, FC: 58, SatO2 94%, T^a: 37,7 °C. Presenta regular estado general, con leve deshidratación cutaneomucosa. Consciente y orientado. AC: rítmica sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: distendido muy doloroso a la palpación de forma generalizada. Se auscultan ruidos metálicos. No presenta signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: esfínter tónico. Ampolla rectal vacía. Rx abdominal: presenta imagen de vólvulo de 14 cm de diámetro. Analítica: hemograma normal. Bioquímica Bi 2,22, resto normal. Coagulación normal. Colonoscopia: a unos 15 cm del margen anal en unión recto-sigma imagen en tirabuzón sugerente de vólvulo. Luz intestinal muy dilatada en paciente con diagnóstico previo de megacolon.

Orientación diagnóstica: Vólvulo intestinal.

Diagnóstico diferencial: Obstrucción intestinal. Isquemia intestinal. Hernia abdominal. Neoplasia abdominal.

Comentario final: Se avisa al endoscopista de guardia quien realiza una colonoscopia descompresiva terapéutica. El vólvulo es la torsión o rotación anómala del colon que origina un cuadro de obstrucción aguda. Puede acompañarse de alteración en la perfusión vascular debido a la estrangulación mesentérica que puede producir gangrena. La localización es principalmente en sigma. Principalmente debuta como un cuadro clínico agudo de obstrucción intestinal con dolor abdominal, náuseas, vómitos y distensión abdominal, puede asociar isquemia, perforación e incluso shock. En la radiografía se observa una imagen de “tubo doblado” o “grano de café”. El tratamiento se inicia con descompresión mediante sonda rectal. El siguiente paso es la colonoscopia que puede ser diagnóstica y terapéutica. Si no es posible mediante ambas técnicas se realizaría una intervención quirúrgica.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012.

2. Farreras Valentí P, Rozman C, eds. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17^a ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
3. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7^a ed. Madrid: MSD; 2012.

Palabras clave: Abdomen agudo. Vólvulo. Obstrucción. Megacolon.