



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

333/218 - URGENCIAS ABDOMINALES EN SOPORTE VITAL AVANZADO

M. Magdalena Fernández¹, R. López Sánchez², L. Gómez Ruiz³, R. Conde Benito⁴, B. Gutiérrez Blázquez¹, L. Martín Martín¹.

¹Médico de Familia. 061 Santander. Cantabria. ²Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Santander. Cantabria. ³Médico de Familia. Santander. Cantabria. ⁴Enfermera de Familia. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 63 años sin AP de interés, llama al 061 Cantabria por dolor abdominal intenso de 6 horas de evolución y oliguria, sin otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general, TA 110/60 mmHg, FC 90 lpm. A la exploración abdomen muy globuloso, doloroso de forma difusa, ruidos peristálticos disminuidos, timpanismo. Dado el estado del paciente, se decide derivación en SVA a Urgencias de Valdecilla. En Urgencias: Analítica leucocitosis y desviación a la izquierda. Dada la clínica se realiza TAC: dilatación del sigma que alcanza un diámetro máximo aproximado de 14 cm y aparece marcadamente distendido con abundante gas en su luz secundario a una obstrucción en asa cerrada condicionada por la presencia una volvulación a nivel de la unión rectosigmoidea. El sigma dilatado ocupa la totalidad del abdomen, llegando desde epigastrio hasta pelvis y condicionando un significativo efecto compresivo con desplazamiento de todas las estructuras viscerales abdominales. No existen signos perforación visceral. Pequeña cantidad de líquido libre en pelvis y entre asas. Resto del marco cólico colapsado. Hígado de bordes lisos y volumen conservado, con parénquima discretamente hipodenso en relación con hepatopatía por depósito / esteatosis. Imagen hipodensa subcentimétrica en LHD compatible con quiste simple. Vesícula biliar distendida sin litiasis en su interior. Vía biliar no dilatada. Páncreas de aspecto atrófico.

Juicio clínico: Vólvulo de sigma.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda. Colecistitis aguda. Diverticulitis. Isquemia intestinal mesenterica. Obstrucción intestinal.

Comentario final: El dolor abdominal es una causa frecuente de consulta por lo que debemos de estar alerta frente a los signos de alarma mediante una adecuada historia clínica (intensidad del dolor, modo de aparición, evolución, síntomas acompañantes y antecedentes personales) asociado a una exhaustiva exploración física (timpanismo, vientre en tabla, ruidos intestinales) para descartar un abdomen agudo y poder actuar de forma rápida y eficaz.

Bibliografía

Acea B, Taboada L, Sanchez F. Acute abdomen in anticoagulated patients. Its assessment and the surgical indications: Rev Clin Esp, 1995; 195:7, 463-7.

Palabras clave: Dolor abdominal. Obstrucción intestinal. Vólvulo de sigma.