



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

253/29 - ¡DOCTOR, ME DUELE LA TRIPA!

M. de la Hoz Gutiérrez^a, R. López Sánchez^b, S. Díez Martínez^c, Á. González Díaz-Faes^d, L. de la Fuente Blanco^e, A. Fernández Serna^f, L. Gómez Ruiz^g, C. Fortuny Henríquez^h y M. Arques Pérezⁱ

^aMédico de Familia. SUAP Santander. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^cMédico de Familia. SUAP Alisal. Santander. ^dMédico Residente de 4º año de Endocrinología. HUMV. Santander. ^eMédico Residente de 4º año de Cardiología. HUMV. Santander. ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. ^gMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^hMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla Hermida. Santander. ⁱMédico de Familia. SUAP Sardinero. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 83 años (demenciada) nos avisan por dolor abdominal intenso de horas de evolución y oliguria, sin otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general, TA 110/60, FC 90 lpm, abdomen muy globuloso, doloroso de forma difusa, ruidos peristálticos disminuidos, timpanismo, resto normal. Analítica leucocitosis y desviación a la izquierda. TC de abdomen con contraste: significativa 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 y 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: Causas frecuentes: 1) apendicitis aguda; 2) colecistitis aguda; 3) úlcera péptica complicada; 4) diverticulitis; 5) isquemia intestinal aguda por trombosis mesentérica; 6) obstrucción intestinal aguda por bridas, cuerpos extraños, etc.; 7) traumatismo abdominal complicado; 8) embarazo ectópico. Causas menos frecuentes (algunas no quirúrgicas): 1) cetoacidosis diabética; 2) síndrome urémico en insuficiencia renal crónica; 3) porfiria; 4) fiebre mediterránea familiar; 5) pancreatitis aguda; 6) salpingitis aguda.

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

Bibliografía

1. Acea Nebril B, et al. Acute abdomen in anticoagulated patients. Its assessment and the surgical indications: Rev Clin Esp. 1995;195:463-7.
2. Kendall JL, Moreira M. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. Uptodate, 2011.
3. Montoro M. Dolor abdominal agudo. En: Montoro M, García Pagán JC, eds. Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología. Jarpyo Editores S.A. Madrid, 2010:79-91.

Palabras clave: Abdomen agudo.