



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/310 - DOCTOR MI MADRE ESTÁ MAL, VENGAN A VERLA

L. Gómez Ruiz^a, A. González Diaz-Faes^b, L. de la Fuente Blanco^c, R. López Sánchez^d, A. Azagra Calero^e y M. Turégano Yedro^f

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria. ^bMédico Residente de 4º año de Endocrinología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^cMédico Residente de 4º año de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. ^fMédico Residente de 3º año. Centro de Salud San Jorge. Cáceres.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 80 años nos avisan al Centro de Salud para acudir a su domicilio 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. 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 a Urgencias. En Urgencias: Analítica leucocitosis y desviación a la izquierda. Dada la clínica se realiza TAC de abdomen con contraste de Urgencia: 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: Apendicitis aguda. Colecistitis aguda. Diverticulitis Isquemia intestinal mesentérica. Obstrucción intestinal.

Comentario final: El dolor abdominal es una causa frecuente de consulta en Atención Primaria 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

1. Acea Nebril B, et al. Acute abdomen in anticoaguled patients. Its assessment and the surgical indications: Rev Clin Esp. 1995;195:463-7.
2. 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.