



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/830 - ¡DOCTOR, LLEVO CINCO DÍAS SIN HACER DE VIENTRE!

E. Sánchez Fernández<sup>a</sup>, I.M. Luna Calcaño<sup>b</sup>, D. Martí Hita<sup>c</sup>, T. Parra Alonso<sup>a</sup>, M.N. Cano Torrente<sup>a</sup>, J.A. Martínez Solano<sup>a</sup>, A. González Cárdenas<sup>d</sup> y J.J. Gomáriz García<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Lorca-Sur. Murcia.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Totana Norte. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina de Familia. Hospital de Lorca. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 49 años de edad, sin alergias medicamentosas, diabético de larga evolución. No hipertensión ni dislipemia. Estreñimiento crónico. Antecedentes de vólvulo intestinal. Antecedentes quirúrgicos: Intervenido de quiste pulmonar en 1993. Tratamiento: metformina 850 mg. Acude a nuestra consulta de atención primaria refiriendo estreñimiento de 5 días de evolución, acompañado de ausencia de ventoseo. Había comenzado a tomar omeprazol y buscapina hace 72 horas sin mejoría. Niega vómitos. No fiebre. Anorexia en los últimos dos días. Refiere pérdida de peso no cuantificada desde hace meses. No refiere otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Consciente y orientado. Normocoloreado y normohidratado. Eupneico en reposo. PA 115/79 mmHg. T<sup>a</sup> 37,2 °C. Pulso 80 lpm. Auscultación cardíaca: rítmico, sin soplos. Auscultación pulmonar: Buen murmullo vesicular sin sobreagregados. Exploración abdominal: abdomen globuloso y distendido, con defensa a la palpación de forma generalizada. Peristaltismos presentes sin ruidos de lucha. No signos ascíticos ni de irritación peritoneal. Tacto rectal: esfínter normotónico. No se palpan masas ni acúmulo fecal en ampolla rectal. Dedil limpio. Exploración miembros inferiores: No edemas ni signos de insuficiencia venosa crónica. Pulsos pedios presentes y simétricos. Se deriva al paciente a urgencias por sospecha de oclusión intestinal y tras radiografía abdominal, encontramos vólvulo en sigma.

**Juicio clínico:** Vólvulo en sigma.

**Diagnóstico diferencial:** Estreñimiento crónico, íleo paralítico, megacolon tóxico, síndrome de Ogilvie, carcinoma de colon, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, impactación fecal.

**Comentario final:** Es importante ante la sospecha de obstrucción intestinal la correcta anamnesis y exploración en atención primaria. La imagen radiografía típica de vólvulo intestinal es la de “grano de café”. Estamos ante un paciente con antecedentes de estreñimiento crónico y de vólvulo sigmoide, que además está tomando buscapina (antiespasmolítico que agrava el cuadro de estreñimiento). Es función del médico de atención primaria evitar este tipo de medicación en pacientes con estos antecedentes, pues podemos favorecer cuadros de obstrucción.

## Bibliografía

1. Ifversen AK, Kjaer DW. More patients should undergo surgery after sigmoid volvulus. World J Gastroenterol. 2014;20:18384.
2. Larkin JO, Thekiso TB, Waldron R, et al. Recurrent sigmoid volvulus -early resection may obviate later emergency surgery and reduce morbidity and mortality. Ann R Coll Surg Engl. 2009;91:205.

**Palabras clave:** *Estreñimiento. Obstrucción. Vólvulo. Sigmoide. Buscapina.*