



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3033 - UN CASO DIFERENTE DE DOLOR ABDOMINAL

M. Navarro Miralles<sup>a</sup>, M. Muñoz Ayuso<sup>b</sup>, B. Blanco Sánchez<sup>c</sup>, J. Sánchez Sánchez<sup>d</sup>, L. Tomás Ortiz<sup>a</sup> y M. Navarro Nuño de la Rosa<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Urgencias Hospital Los Arcos. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco-Este. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia. <sup>e</sup>Médico de Familia. Cuidados Paliativos Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 52 años sin antecedentes de interés que consulta en Urgencias por náuseas y dolor abdominal de cinco días de evolución sin ninguna otra sintomatología asociada.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, consciente y orientado, buena coloración, hidratación y nutrición. Eupneico. Afebril. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, molestia a nivel de epigastrio. Sin defensa, sin signos de irritación peritoneal. Con ruidos abdominales metálicos. Gasometría arterial, electrocardiograma, radiografía de tórax y analítica sin alteraciones patológicas. Rx abdomen: se visualiza imagen en grano de café. Tras introducción de contraste con enema durante el TAC, el vólvulo se resuelve y el paciente mejora sin necesidad de realización de colonoscopia para desvolvulación.

**Juicio clínico:** Vólvulo de sigma.

**Diagnóstico diferencial:** Estreñimiento, causas de obstrucción intestinal (adherencias, hernias inguinales y neoplasias), bezoar, el síndrome de Ogilvie o pseudoobstrucción intestinal, íleo paralítico y megacolon tóxico.

**Comentario final:** El vólvulo de colon es la torsión de una parte del colon sobre su eje mesentérico dando un cuadro clínico de obstrucción intestinal. Constituye la tercera causa de obstrucción colónica (10%) siendo el más frecuente el de sigma (40-80%). Incidiendo principalmente en pacientes varones y de edad avanzada (60-70 años). Su etiopatogenia incluye estreñimiento crónico, dieta rica en fibra, abuso de laxantes, embarazo, diabetes, enfermedades neurológicas y psiquiátricas, causas anatómicas, cirugía abdominal previa y adherencias postoperatorias. El cuadro clínico clásico viene determinado por la tríada de dolor abdominal, distensión y estreñimiento, seguidos de náuseas y vómitos. Dependiendo de la rapidez de la torsión intestinal, tendremos una presentación más fulminante o una presentación más indolente de 3-4 días de clínica. En la exploración destaca timpanismo, ausencia de peristaltismo o ruidos-metálicos. El diagnóstico se realiza a partir de criterios clínicos, radiológicos, endoscópicos y, en ocasiones, intraoperatorio. El tratamiento de elección es la colonoscopia descompresiva y de segunda elección cirugía.

## **Bibliografía**

1. Peterson CM, Anderson JS, Hara AK, Carezza JW, Menias CO. Volvulus of the gastrointestinal tract: Appearances at multimodality imaging. *Radiographics*. 2009;29:1281-93.
2. Habre J, Sautot-Vial N, Marcotte C, Benchimol D. Caecal volvulus. *Am J Surg*. 2008;196:48-9.
3. Booi KAC, Tanis PJ, Van Gulik TM, Gouma DJ. Recurrent volvulus of the transverse colon after sigmoid resection. *Int J Colorectal Dis*. 2009;24:471-2.
4. Raveenthiran V, Madiba TE, Atamanalp A, De U. Volvulus of the sigmoid colon. *Colorectal Dis*. doi:10.1111/j.1463-1318.2010.02262.x

**Palabras clave:** Vólvulo. Sigma. Obstrucción abdominal.