



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3669 - VÓLVULO DE SIGMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Santaella García^a, A. Luna Morales^b, M. Vega Calvellido^c, V. López Romero^a y S. Gómez Rodríguez^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.

^bMédico Residente de 1^{er} año de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.

^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 79 años que acude a consulta por estreñimiento de una semana tras proceso de diarrea. Antecedentes personales: epilepsia, dolico megacolon. Náuseas en ingesta sin llegar a vomitar. Afebril, oliguria de 2-3 días. Astenia y pérdida de peso de 8 kg en el último mes. Tratamiento habitual: levetiracetam 500 mg/12h, ramipril 5 mg 1/24h.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador, normohidratado y normoperfundido. Presencia de aliento con olor fecaloideo. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: duro, globuloso, dilatado. Importante masa en marco cólico izquierdo e importante timpanismo. No doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos no auscultables. No peritonismo. Hidrocele izquierdo y hernia inguinal izquierda reducible. Tacto rectal: tono esfinteriano normal, no hemorroides ni fecaloma. Dedil limpio. Miembros inferiores: edemas bimaleolares, fóvea. Pulsos conservados. Analítica: urea 60 mg/dl, GOT 43 U/L, GPT 1.00U/L, PCR 0,82 mg/dl, leucocitosis con neutrofilia. Resto normal. Radiografía: patrón en grano de café, compatible con cuadro de volvulación. Tomografía computarizada: vólvulo sigmoide. Obstrucción de colon proximal, válvula ileocecal competente, ciego de 9 cm. Volivolvulación compleja con giro de 360° que implica giro de vasos mesentéricos (signo del remolino). Hernias inguinales bilaterales con asas de delgado, líquido a ambos lados.

Juicio clínico: Vólvulo de sigma.

Diagnóstico diferencial: Cáncer colónico vs vólvulo sigma vs pseudoobstrucción. El cáncer colónico produce un cuadro similar pero queda descartado con las pruebas complementarias. La pseudoobstrucción tendría dolor en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda con ruidos hidroaéreos conservados y tránsito intestinal variable.

Comentario final: El papel de los profesionales de atención primaria es fundamental en el estudio inicial, siendo la puerta de entrada al sistema sanitario. Este caso nos muestra la importancia del conocimiento de los signos y síntomas de alarma en cuanto al estreñimiento (pérdida de peso inexplicable, distensión abdominal, ampolla rectal vacía...). Tras persistir a pesar de intentos de desvolvulación se decidió cirugía urgente por sospecha de afectación vascular intestinal con la consecuente sigmoidectomía.

Bibliografía

1. Jacobs DO. Acute Intestinal Obstruction. En: Kasper D, Fauci A, Hauser S, et al. Harrison. Principios de Medicina Interna, 19ª ed. 2015:1981-5.
2. Parrilla Paricio P, Targarona Soler EM, Montoro Huguet MA. Abdomen agudo. En: Rozman Borstnar & Cardellach. Farreras Rozman. Medicina Interna, 18ª ed. 2016:130-3.

Palabras clave: Estreñimiento. Vólvulo sigmoide.