



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/107 - CLÍNICA SUGERENTE, DIAGNÓSTICO PREVALENTE

S. Roncero Martín^a, B. Montañez Gómez^b, E. Sánchez Pablo^c, A. Carrasco Angulo^d, A. Sánchez de Toro Gironés^a y C. Cervantes García^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia. ^dMédico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^eMédico de Familia. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. San Javier. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 84 años hipertensa, dislipémica, demencia mixta grado moderado y en estudio por posible enfermedad de Parkinson, cuyo tratamiento crónico carbidopa-levodopa, quinapril y carbonato cálcico. Acude a consulta por dolor abdominal intenso en flanco/fosa ilíaca derecha, de 2 horas de evolución, sin fiebre ni náuseas. Asocia 3 episodios diarreicos sin productos patológicos. Su familiar refiere que frecuentemente intercala episodios de diarrea con otros de estreñimiento de varios días.

Exploración y pruebas complementarias: Abdomen blando y depresible, muy globuloso, con ruidos metálicos a la auscultación y percusión muy timpánica. Dolor a la digitopresión en flanco derecho, no irradiado. No signos de irritación peritoneal ni visceromegalias. Tacto rectal: hipertonía esfinteriana. Hemorroides no trombosadas a las 12 y 6h. No se palpa fecaloma ni alteraciones internas. Dedil libre de sangre y heces. Resto de exploración normal. Se solicita radiografía abdominal, que revela distensión intestinal generalizada, con afectación de todo el luminograma, por lo que se deriva a hospital de referencia para valoración. Allí pautan sonda rectal que no es efectiva, y es valorada por cirujano de guardia, quien recomienda ingreso y dieta absoluta para valorar evolución. Se realiza colonoscopia que permite la descompresión de vólvulo a nivel de sigma.

Juicio clínico: Vólvulo de sigma.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Ogilvie, efecto secundario de medicación, bridas intestinales, fecaloma, rebosamiento por estreñimiento, neoplasia colónica, vólvulo intestinal...

Comentario final: La paciente tuvo buena tolerancia al procedimiento, con evolución favorable durante la recuperación, por lo que pudo ser dada de alta a domicilio en pocos días. La localización más frecuente de un vólvulo intestinal es en sigma, seguido muy de lejos por colon derecho. Generalmente, estos pacientes tienen asociada patología digestiva o neurológica. Siempre que sea posible, se intenta la devolvulación mecánica de la obstrucción, pero la tasa de recidiva es muy alta, y muchos de estos pacientes acaban precisando cirugía, en cuyo caso se suele optar por la sigmoidectomía con anastomosis primaria. La cirugía electiva precoz ha demostrado disminuir la tasa de recidivas, mejorando así la morbimortalidad asociada al cuadro.

Bibliografía

1. Codina A, Farres R, Olivet F, Pujadas M, Martín A, Gómez N, et al. Vólvulo de colon y recidiva del vólvulo: ¿qué debemos hacer? *Cir Esp.* 2011;89(4):237-42.
2. Oren D, Atamanalp SS, Aydinli B, et al. An algorithm for the management of sigmoid colon volvulus and the safety of primary resection: experience with 827 cases. *Dis Colon Rectum.* 2007;50:489.
3. Retraction. Clinical presentation and diagnosis of sigmoid volvulus: outcomes of 40-year and 859-patient experience. *J Gastroenterol Hepatol.* 2009;24:1154.