



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/4019 - PERFORACIÓN ABDOMINAL EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

J. Franco Pineda<sup>a</sup>, I. Peral Martínez<sup>b</sup>, F. Franco Pineda<sup>c</sup> y V. Cadenas García<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz. Murcia.

<sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Servicio de Prevención Preva. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Análisis Clínicos. Hospital Rafael Méndez. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 52 años, de origen chino con barrera idiomática y sin antecedentes de interés, acude de urgencia a consulta de atención primaria por dolor abdominal de inicio brusco e intenso en epigastrio desde hace 24 horas. No fiebre. No vómitos ni alteración del ritmo intestinal. Dado que impresiona de gravedad por regular estado general, palidez y encontrarse muy dolorido se decide canalizar dos vías periféricas, administración de analgesia intravenosa y traslado urgente al hospital de referencia para valoración. A su llegada se realiza TC abdominal que confirma diagnóstico de perforación abdominal y se realiza intervención quirúrgica urgente. En el estudio posterior se confirmó infección por citomegalovirus en paciente inmunodeprimido por VIH.

**Exploración y pruebas complementarias:** REG. Consciente y orientado. Palidez cutánea. TA 176/90 mmHg. T<sup>a</sup> 36,2 °C. AC: Taquicárdico a 130 lpm. AP: normal. Abdomen en tabla. Ruidos intestinales abolidos. Doloroso a la palpación epi-mesogastrio. MMII: pulsos distales presentes. Analítica: glucosa 133. Urea 77. Creatinina 0,64. Bilirrubina 0,87. GOT 29. GPT 24. GGT 149. Hierro sérico 99. PCR 24. Iones normales. INR 1,25. ACPT 73%. Hemoglobina 9,7. HTO 28%. Resto hemograma normal. VIH positivo. CMV IgM positivo. TAC abdominopélvico: neumoperitoneo, de predominio en hipocondrio derecho, adyacente al hilio hepático, compatible con perforación de víscera hueca a nivel duodenal.

**Orientación diagnóstica:** Perforación víscera hueca: perforación yuxtapilórica.

**Diagnóstico diferencial:** Pancreatitis aguda, aneurisma disecante aorta, angor intestinal, tromboembolismo pulmonar, infarto agudo de miocardio, etc.

**Comentario final:** Las perforaciones de intestino delgado no traumáticas son consideradas un reto clínico debido a su baja prevalencia y a su curso clínico variable que dificulta un diagnóstico oportuno, si le agregamos a esto dificultades en la anamnesis, se complica más el diagnóstico, pero a pesar de ello, esta patología presenta una clínica muy sugestiva de gravedad que nos sugiere abdomen agudo y debemos tener en cuenta la clínica y saber reconocer sus signos de gravedad.

### Bibliografía

1. Eid HO, Hefny AF, Joshi S, et al. Non-traumatic perforation of the small bowel. African Health

Sciences. 2008:36-9.

2. Silva RC, Benati FJ, Pena GP, et al. Molecular characterization of viruses associated with gastrointestinal infection in HIVpositive patients. *Braz J Infect Dis.* 2010;14:549-52.

**Palabras clave:** Abdomen agudo. Perforación.