



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/1493 - ESTALLIDO GÁSTRICO

J. Monllor Méndez¹, I. Ferrer Vilela², G. Rojas de la Serna³ y M. Jiménez Ganado⁴

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villarta de San Juan. Villarta de San Juan. Ciudad Real. ²Residente de 4^o año de Cirugía. Complejo Hospitalario Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. ³Residente de 3^{er} año de Cirugía. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. ⁴Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 31 años sin antecedentes médico quirúrgicos de interés que acude a Urgencias tras politraumatismo en accidente de tráfico tras choque frontal con otro turismo. No describe pérdida de conocimiento. Refiere dolor difuso a nivel abdominal. No refiere sangrado activo de cantidad importante. El traumatismo abdominal cerrado o no penetrante es una causa de morbimortalidad considerable en pacientes que ingresan por Urgencias. En ocasiones supone un desafío diagnóstico dada la inespecificidad clínica y la presencia de otras lesiones asociadas. Estas circunstancias condicionan un retraso diagnóstico y terapéutico. El objetivo en este caso es presentar un caso infrecuente de estallido gástrico tras traumatismo abdominal cerrado y su manejo en Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Acude estable hemodinámicamente, con Glasgow 15. Su vía aérea permeable, acudiendo con protección cervical con collarín. En auscultación pulmonar, se detecta hipofonesis basal derecha, saturando al 100%. Paciente tendente a la taquicardia, normotenso. Presenta múltiples heridas faciales y escoriaciones en miembros superiores e inferiores. Pulsos distales presentes. Abdomen a tensión, timpánico y peritonismo difuso. Análisis de sangre: destaca elevación moderada de PCR con discreta leucocitosis y elevación de otros reactantes de fase aguda. No anemia. Finalmente el TAC evidencia perforación víscera hueca con neumotórax derecho asociado.

Orientación diagnóstica: Se evidencia, en paciente politraumatizado, la presencia de perforación de víscera hueca a nivel intestinal junto a neumotórax derecho.

Diagnóstico diferencial: De manera inicial, dado el antecedente de accidente de alto impacto y abdomen a tensión, se pensó en lesión grave de riñón, bazo o hígado, junto a sangrado importante. Sin embargo, la estabilidad hemodinámica, la Hb en datos normales y el diagnóstico directo que ofreció el TAC, se despistaron dichas opciones.

Comentario final: Las lesiones intrabdominales tras traumatismo cerrado poseen elevada tasa de mortalidad y son subsidiarias de cirugía inmediata. Es clave la estabilización, si procede, y la realización de TAC abdominal si se sospecha lesión interna tras accidentes de alto impacto.

Bibliografía

1. Pous S, Dolz JF, Galeano J, Anaya P, Serralta A, Ballester C et al. Resultados de más de 5 años de experiencia en cirugía laparoscópica de urgencia. Cir Esp. 1999;4:303-7.

Palabras clave: Politraumatismo. Estallido gástrico.