



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/673 - DOLOR ABDOMINAL AGUDO POR ULCUS GÁSTRICO PERFORADO

M.I. Llamas Blasco^a, M.V. Bonilla Hernández^b, F.J. Juárez Barillas^c, M.T. Meneses Yaruro^d, O. Guta^e, E. Suelim Selma^f y A.S. Núñez Samayoa^g

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Oeste. Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra. ^bMédico Especialista en Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra. ^cMédico Residente de Familia. Centro de Salud Cascante. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Este. Navarra. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Este. Pamplona. ^fMédico Residente de 3^{er} año. de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascante. Murchante. ^gMédico Residente de 2^o año de Alergología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 18 años, sin antecedentes personales de interés que acude al Servicio de urgencias por dolor de tipo pinchazo, a nivel de hipocondrio izquierdo, que ha comenzado 3h antes, mientras estaba sentado estudiando. Niega traumatismo previo. El médico de urgencias del Centro de Salud le ha recetado Ibuprofeno remitiendo el dolor, pero 2h mas tarde recidiva, intensificándose e impidiéndole hablar o respirar. El dolor empeora tumbado y con los movimientos respiratorios y mejora en bipedestación o flexionando el tronco. No se acompaña de nauseas, ni vómitos. Refiere toma ocasional de Ibuprofeno, esporádicamente. Niega consumo de tóxicos ni otras sustancias. La radiografía de tórax objetivó neumoperitoneo, por lo que el paciente fue intervenido quirúrgicamente, hallándose úlcera en fundus gástrico y tras un postoperatorio sin complicaciones, dado de alta. Dos meses y medio después, el paciente acude con episodio similar en el que de nuevo es diagnosticado de ulcus gástrico perforado e intervenido quirúrgicamente. En esta ocasión la úlcera se halló en curvatura menor del estómago. Desde el servicio de Cirugía es remitido a Digestivo donde se practica gastroscopia con el resultado de ulcus gástrico benigno y Helicobacter pylori negativo (en tratamiento con IBP). Actualmente continúa en estudio para descartar enfermedad inflamatoria intestinal/síndrome de Zollinger-Ellison/tumor carcinoide.

Exploración y pruebas complementarias: Presión arterial 124/74 mmHg. Pulso 55 lpm. Temperatura ótica 36,6°. Frecuencia respiratoria 20 resp/min; Sat O2 100%. Paciente con regular estado general, afectado por dolor. Eupneico. AC: rítmica, sin ruidos patológicos. AP: respiración superficial, antiálgica. Abdomen: doloroso a la palpación y con defensa. Se palpan pulsos periféricos simétricos. No edemas. Consciente y orientado temporoespacialmente. El análisis de sangre, no objetivó alteraciones significativas salvo una discreta eritropenia. La radiografía simple de tórax mostró neumoperitoneo con presencia de aire en ambas cúpulas diafrágicas.

Juicio clínico: Neumoperitoneo secundario a perforación de úlcera en fundus gástrico.

Diagnóstico diferencial: Dolor abdominal alto de origen cardiaco. Pancreatitis. Diverticulitis.

Cólico renal. Apendicitis aguda. Neumotórax. Embolia pulmonar. Aneurisma disecante de aorta.

Comentario final: Es llamativo el hecho de producirse una úlcera gástrica recidivante en un paciente joven y sin antecedentes personales de interés. Aproximadamente el 50% de los pacientes que acuden al hospital con HD o perforación gastrointestinal han tomado AINEs o AAS durante la semana previa al ingreso hospitalario. Quizá debería incluirse el caso en un estudio de investigación sobre el efecto del consumo esporádico de Ibuprofeno, en niños y adolescentes. Tal vez debería plantearse desde AP la infravaloración de la gastrolesividad de los AINEs, cuya prescripción médica está tan extendida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, Medicina de Urgencias y Emergencias. 4ª ed. Barcelona. Elsevier. 2011. p. 320-33.
2. Butte JM, Bruno Dagnino U, Álvaro Tapia V, Llanos J. Emergency surgical treatment of perforated peptic ulcer. Rev Chil Cir. 2007;59:16-21.
3. Cabrera Cárdenas FA, Hidalgo Herrera M, Lorda Galiano L. Behaviour of the perforated gastroduodenal ulcer. Rev Cub Med Mil. 2011;40(1).
4. Marco JL, Boscá B, Real M, San Martín MD, Valls MD, Guerrero MD, Zaragoza R. Ingresos hospitalarios por hemorragia digestiva alta por AINEs. Seguir Farmacoter 2004;2(4):217-27.