



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1964 - PERFORACIÓN GÁSTRICA

M. Royo Blesa^a, J. López Coscojuela^a, M.P. San Nicolás^a, M. Torres Remírez^b, R. Moreno Márquez^c, C. Pueyo Ucar^d, M. Avellana Gallán^e, C. Gramuglia Núñez^f, E.S. Cubero Saldaña^g y R. Lahoz Abadías^h

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro y Norte. Zaragoza. ^cMédico de Familia. Hospital Universitario Miguel Servet y Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. ^eMédico de Familia. Hospital Universitario Miguel Servet y Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almozara. Zaragoza. ^hMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 29 años sin antecedentes de interés ni ingesta previa de AINEs que tuvo un episodio de dolor abdominal de tipo cólico en hipocondrio derecho que se acompañó de vómito alimenticio y sudoración fría, con una exploración anodina remitiendo en gran parte con analgesia intramuscular en el Centro de Salud, pero al día siguiente por persistencia de dicho dolor sin otra clínica acompañante tuvo que acudir a Urgencias del Hospital de referencia, donde ya presentaba algo de defensa abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho, en TAC se describió una perforación gástrica por posible úlcera pre-pilórica por lo que se tuvo que intervenir quirúrgicamente de urgencia con buen resultado y evolución.

Exploración y pruebas complementarias: Estable hemodinámicamente. Afebril; Abdomen depresible, sin masas ni megalias, dolor a la palpación con defensa abdominal en epigastrio y en zona del apéndice. Sucusión renal negativa bilateral. Peristaltismo conservado; Analítica: PCR 9,52 9.600 leucocitos (68,1% neutrófilos). Hemoglobina 12,5 coagulación normal. Ecografía: pequeña cantidad de líquido perihepático, persivesicular e interasas; TAC abdomen: neumoperitoneo de predominio en hemiabdomen superior, imagen de posible solución de continuidad en pared anterior antro-píloro con afectación inflamatoria de la grasa regional. Biopsia de bordes de perforación: tejido de granulación y material fibrinoleucocitario compatible con úlcera.

Juicio clínico: Perforación gástrica.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis. Colecistitis. Pancreatitis. Dispepsia.

Comentario final: La enfermedad ulcerosa péptica es la causa más común de la perforación gástrica y duodenal. La perforación gástrica se asocia con mayor mortalidad por el retraso diagnóstico por lo que hay que realizar una historia cuidadosa preguntando antecedentes que predisponen a la perforación: dolor abdominal previo, cirugía e instrumentación (endoscopias, sondajes) previos, cuerpos extraños ingeridos, neoplasias, enfermedad péptica o toma de fármacos

gastrolesivos y realizar una buena exploración con pruebas de imagen complementarias.

Bibliografía

1. Nassour I, Fang SH. Gastrointestinal perforation. JAMA Surg. 2015;150:177.
2. Turrentine FE, Denlinger CE, Simpson VB, et al. Morbidity, mortality, cost, and survival estimates of gastrointestinal anastomotic leaks. J Am Coll Surg. 2015;220:195.
3. Heisler KA. Treatment of anastomotic leak. J Am Coll Surg. 2014;219:592.

Palabras clave: *Úlcera. Perforación. Dolor. Abdomen.*