



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4902 - DISNEA... CUANDO EL AIRE ESTA DONDE NO DEBE

L. Rodríguez Fernández<sup>a</sup>, C. Montilla Castillo<sup>b</sup>, S. López Rodríguez<sup>c</sup>, E. Gutiérrez Manjón<sup>b</sup>, G. Zapico Aldea<sup>a</sup> y G. Ayala Gonzales<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Magdalena. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 85 años. No RAMC. Ama de casa. Antecedentes: HTA, hipoacusia grave. Adenocarcinoma gástrico infiltrante, Desnutrición calórica-proteica severa. IQ: tiroidectomía por bocio. Tratamiento: ondansetrón, vitamina B12, losartán, levogastrol, omeprazol. Paciente remitida a urgencias por aumento de disnea, de una semana de evolución, en su CS recibió tratamiento con furosemida sin mejoría.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 200/100, Fc: 145, T<sup>a</sup>: afebril, saturación (Ventimax 45%): 97% consciente, taquipneica, hipoacusia grave que impide la correcta comunicación. Mal estado general, impresiona de gravedad. Auscultación Cardiopulmonar: taquicárdica. MV sibilancias y roncus bilaterales. Abdomen: distendido, defensa a la palpación, ruidos disminuidos. Extremidades inferiores: edemas hasta rodillas, no signos de TVP. Analítica: leucocitos 31.770 (N 93%), hemoglobina 9,6, plaquetas 451.000, creatinina 0,93 glucosa 157, PCR 101 G.A: pH: 7,41, pCO<sub>2</sub>: 33,3, pO<sub>2</sub>: 72, HCO<sub>3</sub>: 20. Rx portátil: neumoperitoneo con pinzamiento de ambos senos costodiafragmáticos, calcificación botón aórtico, tráquea y bronquios. TAC abdomen: Moderada cantidad de aire extraluminal situado en línea media anterior, compatible con neumoperitoneo. Engrosamiento parietal de cámara gástrica observando una discontinuidad en cuerpo sugestivo de punto de perforación. Líquido libre perihepático, periesplénico, en ambas gotieras, en pelvis. Quistes renales bilaterales, con tabiques en su interior. Derrame pleural bilateral más acusado en lado derecho con atelectasia pasiva del parénquima subyacente. Cambios degenerativos en estructuras óseas visibles.

**Juicio clínico:** Neumoperitoneo: complicación adenoma gástrico.

**Diagnóstico diferencial:** Edema agudo pulmón, TEP, obstrucción intestinal.

**Comentario final:** El tratamiento del paciente oncológico es multimodal, dependiendo de la etapa clínica y factores pronóstico, puede ser manejo quirúrgico o QT y/o radioterapia. Pueden presentar complicaciones asociadas a estas modalidades y no es raro que desarrollen alguna Urgencia Quirúrgica, Como nuestra paciente. En el paciente con cáncer, la decisión de tratamiento quirúrgico en caso de urgencia puede ser difícil, debido a modificación en la respuesta a la lesión, complicaciones asociadas al tratamiento previo y por consideraciones éticas. En nuestro caso

lamentablemente nuestra paciente falleció antes de poder tomar medidas terapéuticas.

### **Bibliografía**

1. Ignjatovic N, Stojanov D, Djordjevic M, Ignjatovic J. Perforation of gastric cancer - What should the surgeon do? Bosn J Basic Med Sci, 2016;16:222-6.

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