



216/49 - ECOGRAFÍA CLÍNICA A PIE DE CAMA ANTE UN PACIENTE INESTABLE CON ABDOMEN AGUDO

A.A. Oviedo García^a, M. Algaba Montes^a, M. Patricio Bordomás^b, N. Díaz Rodríguez^c y J.A. Rodríguez Lorenzo^d

^aMédico de Familia. Servicio de Urgencias; ^bEnfermera de Urgencias. Unidad de Gestión Clínica de Urgencias. Hospital de Valme. Sevilla. ^cMédico de Familia. Coordinador del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. CS A Valenza. Barbadás. Ourense. ^dMédico Ecografista. Clínica N.S. Perpetuo Socorro. Vigo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 74 años, con buena calidad de vida, hipertenso, diabético bien controlado que acude a urgencias por dolor intenso abdominal de 2 horas de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: Presentaba muy mal estado general, se encontraba muy inquieto, sudoroso, hipotenso y taquicárdico, taquipneico, desaturando, con mala perfusión periférica y con abdomen en tabla. El médico de urgencias le realiza una ecografía a pie de cama observando líquido libre peritoneal con ecos en su interior (burbujas de aire), junto con un línea hiperecogénica peritoneal que provocaba artefactos de reverberación (similar a las líneas B de la ecografía pulmonar), y que cambiaban de localización al modificar la posición del paciente, datos descritos en la literatura compatibles con neumoperitoneo asociado a perforación de víscera hueca. Dada la mala situación clínica, tras una reposición hemodinámica intensiva, el paciente fue llevado al quirófano donde se objetivó una úlcera duodenal perforada.

Juicio clínico: Abdomen agudo. Neumoperitoneo secundario a perforación duodenal.

Diagnóstico diferencial: Entre los diagnósticos diferenciales se incluyen aneurisma aórtico abdominal, una hemorragia intra-abdominal, pancreatitis, cólico nefrítico o la perforación de una víscera hueca, entre otros... aunque el uso de ecografía esclareció con versatilidad y rapidez el cuadro.

Comentario final: El dolor es el síntoma principal más común en los servicios de urgencias. El uso de la ecografía abdominal en urgencias nos permite enfocar este síntoma rápidamente y de forma versátil, y como en el caso que presentamos llegar a un diagnóstico certero en el mismo box de críticos, permitiendo un tratamiento etiológico adecuado de inicio precoz, siendo esto vital para una buena evolución de los pacientes con patologías potencialmente muy graves, tal y como acabamos de presentar. Aunque la detección de neumoperitoneo, y sus signos asociados mediante ecografía, no está suficientemente validados en manos de los médicos de urgencias es imperativo que los médicos de emergencia estemos familiarizados con los hallazgos ecográficos asociados a un abdomen agudo, como pueden ser la detección de un aneurisma aórtico abdominal, una disección aórtica, una hemorragia intra-abdominal o con la perforación de una víscera hueca, entre otros... Los autores sugerimos que la ecografía a pie de cama del paciente crítico, con abdomen agudo y

sospecha de neumoperitoneo puede ser una herramienta muy útil, cuando la situación hemodinámica del paciente dificulta su traslado al servicio de radiodiagnóstico, como ocurrió en este caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lichtenstein D, Van Hooland S, Elbers P, Malbrain M. Ten good reasons to practice ultrasound in critical care. *Anaesthesiology Intensive Therapy* 2014;46:323-35.
2. Jones R. Recognition of pneumoperitoneum using bedside ultrasound in critically ill patients presenting with acute abdominal pain. *Am J Emerg Med.* 2007;25:838-41.
3. Karahan OI, Kurt A, Yikilmaz A, Khariman G. New method for the detection of intraperitoneal free air by sonography: scissors maneuver. *J Clin Ultrasound.* 2004;32:381-5.
4. Chen SC, Wang HP, Chen WJ, Lin FY, Hsu CY, Chang KJ, Chen WJ. Selective use of ultrasonography for the detection of pneumoperitoneum. *Acad Emerg Med.* 2002;9:643-5.