



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/3181 - NO ES UN SIMPLE DOLOR ABDOMINAL

M. Reyes Jara¹, A. Prudencio Rodríguez², E. Llinares Climent³ y M. Bou Collado¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Marina Baja. Alicante. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Soria Sur. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Les Foietes. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 66 años que acudió a consulta de AP por dolor abdominal leve de 24 horas de evolución sin otras alteraciones gastrointestinales. Afebril. Se decidió manejo sintomático en domicilio y control en consulta. 48 horas después avisó telefónicamente al Centro de Salud por aumento severo del dolor abdominal incontrolable con analgesia, precisando asistencia médica domiciliaria con sospecha de irritación peritoneal, sin alteraciones de tránsito, ni náuseas, ni vómitos. No alergias. Negaba antecedentes de interés. No tratamiento habitual. Descartaba consumo de AINES.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 130/70 mmHg, FC:98 lpm, T^a: 36,2 °C. No focalidad neurológica. Auscultación cardiopulmonar: rítmico, sin soplos. Abdomen: defensa a la palpación generalizada focalizándose en hemiabdomen derecho. Blumberg dudoso positivo, Murphy negativo, puñopercusión renal derecha dudosa positiva, signos de irritación peritoneal-abdomen agudo. Analítica sanguínea: leucocitos 11.700/mm³, neutrófilos 89,5%, PCR 0,70 mg/dl, bilirrubina total 2,1 mg/dl. ECG: ritmo sinusal a 100 lpm, PR < 0,20, QRS estrecho, no alteraciones de repolarización. Rx abdominal: signos de neumoperitoneo. TAC abdominal: grave neumoperitoneo en relación a perforación de víscera hueca que según la distribución de microburbujas orientaban a origen de tracto digestivo superior. Engrosamiento parietal antropilórica, a descartar perforación a dicho nivel.

Orientación diagnóstica: Tras la atención domiciliaria con la sospecha de abdomen agudo se decidió derivar a Urgencias Hospitalarias para ampliar estudio. Ante los hallazgos de las pruebas complementarias con TAC sugerente de perforación de víscera hueca, se realizó interconsulta a Cirugía de Guardia quienes decidieron intervención quirúrgica urgente. Se realizó cirugía laparoscópica hallando peritonitis focal supramesocólica y restos de fibrina en área antropilórica con perforación 5 mm prepilórica, la cual se suturó. Se inició tratamiento antibiótico y permaneció ingresado con SNG evolucionando favorablemente hasta el alta hospitalaria.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda. Cólico renal. Diverticulitis aguda. Perforación víscera hueca. Peritonitis. Pancreatitis. Colecistitis.

Comentario final: Debemos considerar siempre en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo la posibilidad de perforación de víscera hueca a pesar de su baja incidencia. La sintomatología puede

ser inespecífica inicialmente y progresar hacia un estado severo con riesgo vital. Es importante tener en cuenta esta entidad para una rápida intervención en caso necesario.

Bibliografía

1. Reich H, Chou D, Melo N. Perforated hollow viscus. En: Butler Kathryn L, Harisinghani Mukesh G. McGraw-Hill's AccessSurgery. Acute care surgery: imaging essentials for rapid diagnosis. McGraw-Hill Education LLC. 2015.

Palabras clave: Neumoperitoneo. Perforación. Peritonitis.