



O-036 - NO TODA EPIGASTRALGIA ES REFLUJO

R. Cenjor Martín, M. Cordero Cervantes, E.M. Prieto Piquero y E. Cano Cabo

Hospital Central de Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Descripción del caso: Varón de 66 años sin alergias conocidas. Hipertensión arterial controlada con nevigolol/hidroclorotiazida 5/12,5 mg/día. Hipercolesterolemia a tratamiento con simvastatina 40 mg/día. Fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol. Adenocarcinoma de próstata no invasivo intervenido quirúrgicamente. El paciente acude a consulta de Atención Primaria por dolor epigástrico de inicio progresivo. La exploración física inicial era anodina y se realiza electrocardiograma que es normal (fibrilación auricular con respuesta ventricular conservada), por lo que se inicia tratamiento con omeprazol 20 mg/12 horas. Cuatro días después, el paciente vuelve a acudir por mal control del dolor pese a paracetamol 1 g/8h. En ese momento, la exploración muestra dolor en hipocondrio derecho con Murphy negativo, recomendándose vigilancia domiciliaria de temperatura y dieta pobre en grasas y picantes. Al día siguiente vuelve a consultar por aumento del dolor y febrícula, presentando Murphy dudoso y derivándose a Urgencias. La analítica muestra leucocitosis discreta y se deja en observación. A las 24 horas persiste la clínica por lo que se realiza tomografía computarizada abdominal que muestra cambios inflamatorios en región antral gástrica, ligamento gastrohepático e hígado adyacente, con formación de pequeños abscesos confluentes en relación con una imagen lineal hiperdensa de 3,5 cm de longitud correspondiente a un cuerpo extraño. Se realiza intervención quirúrgica con extracción de una espina de pescado y drenaje del absceso. Tras ingreso para estabilización hemodinámica y antibioterapia intravenosa, el paciente es alta sin presentar nuevas complicaciones.

Comentario final: La perforación del tracto gastrointestinal es una patología poco frecuente que debe ser diagnosticada precozmente para evitar comorbilidades asociadas. Existen diversos factores predisponentes: cirugía reciente, traumatismos, ingesta de antiinflamatorios, vómitos violentos, cuerpos extraños, vólvulos intestinales/hernias, úlcera péptica... Ante la mínima sospecha se debe incidir en la historia clínica y exploración, sabiendo que los síntomas pueden aparecer de forma aguda o indolente (abscesos, fístulas). La confirmación se realiza con pruebas de imagen. El tratamiento incluye dieta absoluta, reposición de fluidos, antibioterapia intravenosa de amplio espectro y en ocasiones, cirugía (perforación, obstrucción, sepsis o isquemia intestinal) y drenaje. El caso que se presenta si bien no constituye una patología habitual, ejemplifica la importancia de la accesibilidad de los médicos de Familia para hacer un seguimiento estrecho de la evolución de nuestros pacientes y poder detectar así las complicaciones de forma precoz. Las enfermedades abdominales se presentan a menudo de forma insidiosa y los síntomas iniciales pueden superponerse a enfermedades banales, por lo que establecer diagnósticos diferenciales amplios puede tener gran impacto en la comorbilidad y resolución final de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shaheen MF, Barrette P. Successful endoscopic management of gastric perforation caused by ingesting a sharp chicken bone. *Int J Surg Case Rep.* 2015;9:12-4.
2. Jiménez Fuertes M, Moreno Posadas A, Ruiz-Tovar Polo J, Durán Poveda M. Liver abscess secondary to duodenal perforation by fishbone: Report of a case. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016;108:42.
3. Kao CL, Chao HM, His SC, Lin YF. Small-bowel perforation caused by fish bone. *World J Gastroenterol.* 2005;11:1884-5.
4. Cahalane MJ. Overview of gastrointestinal tract perforation. *UpToDate*, 2014.