Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):170

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

# 212/2584 - ¡CÓMO ME DUELE LA BARRIGA DESPUÉS DE ESTA PRUEBA!

*I.M. Escudero Muñoz[a], A. Balsalobre Matencio[b], A. Sánchez Martínez[a], C. Bolarín Angosto[b], F.M. Aceituno Villalba[c], P. Abdeljabar Paredes[d], M.Á. Gónzalez Ramírez[e], C. Castillo Ramos[f], Á.J. Bueno Velasco[e] y V. Mateo Cañizares[g]*

*[a]Médico Residente; [e]Médico de Familia. Centro de Salud de San Javier. Murcia. [b]Médico Residente. Centro de Salud de Torre Pacheco Este. Murcia. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Santiago de la Ribera. Murcia. [d]Médico de Familia; [g]Médico Adjunto de Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. [f]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Terrassa Sud. Barcelona.*

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 70 años que acude a Urgencias acompañada de especialista de Digestivo por sospecha de perforación Intestinal tras colonoscopia con fulguración con argón para tratamiento de angiodisplasia de colon. La paciente refiere intenso dolor abdominal difuso acompañado de gran distensión abdominal. No asocia náuseas, ni vómitos. AP: DM tipo 2, DLP, No HTA. Glaucoma simple AO. Antecedentes Qx: fractura de rótula rodilla derecha. Tratamiento actual: Alipza 2 mg, trajenta 5, colirio ganfort. No AMC. Muy buena situación basal. IABVD.

**Exploración y pruebas complementarias:** CyO, REG (afectada por el dolor), NH y NC, eupneica, PICNR, Glasgow 14 con ligera tendencia al sueño por probable efecto de la sedación. No meníngeos. TA: 154/60, FC: 64 lpm, SatO2 100%. AC: rítmico, no ausculto soplos. Ap: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: distendido y con gran timpanillo, doloroso de forma de difusa más acentuado en hemiabdomen derecho, FID, con defensa y periotonismo. ECG: ritmo sinusal a 65 lpm, sin alteraciones de la conducción, ni agudas de la repolarizacion, ni crecimiento de cavidades. Analítica de sangre: Coagulación: TTPA 29.6, Actividad de protrombina 65%, fibrinógeno 608. Hemograma: leucocitos 10.460 (90% N, 6,7% L, 2,7% M), GR 3,65, HB 11,3, HTO 34, plaquetas 170.000. Bioquímica: glucosa 118, urea 27, creatinina 0,54, Na 142, K 2,8, PCR 9,72, PCT 1,3. Rx abdomen: dilatación de colon y hemoperitoneo.

**Juicio clínico:** Neumoperitoneo. Perforación de víscera hueca (ciego).

**Diagnóstico diferencial:** Abdomen agudo. Apendicitis. Colecistitis. Pancreatitis. Aneurisma de aorta abdominal. Isquemia mesentérica aguda.

**Comentario final:** Se ITc con cirujano de guardia, quien indica tratamiento quirúrgico Urgente. Por laparoscopia encuentran neumoperitoneo importante, zona de sufusión hemorrágica en cara anterior de ciego con perforación subcentimétrica libre, con escaso liquido libre serohemático en FID y en Douglas, se sutura la perforación con puntos sueltos y epiploplastia, dejando drenaje de Jackson Pratt. Se inicia sueroterapia con Clk, analgesia, vit K y Tazocel. La paciente pasa a planta donde permanece 7 días y es dada de alta con gran mejoría clínica y presentando tolerancia oral

asintomática. Cualquier técnica invasiva, por muy acostumbrado que este el técnico, tiene riesgos, y tenemos que estar preparados para solucionarlo, una vez más, la rapidez en la actuación, es la clave del pronóstico.

***Palabras clave:*** *Dolor abdominal. Neumoperitoneo. Perforación.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.