

387/217 - PERFORACIÓN INTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Gómez García¹, S. Sánchez Herrán², B. Ricalde Muñoz³, E. Bermejo Ruiz⁴, M. Barroso Delgado¹

¹Médico de Familia. Centro de Salud El Sardinero. Santander. Cantabria. ²Médico de Familia. Centro de Salud Corrales de Buelna. Cantabria. ³Médico de Familia. Centro de Salud La Barrera. Castro Urdiales. Cantabria. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Vargas. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años que acude al SUAP por dolor en hemiabdomen derecho de una semana de evolución de comienzo a nivel supraumbilical, tipo cólico, intermitente, con respuesta parcial a metamizol y con empeoramiento en las últimas horas, no fiebre ni vómitos acompañantes. Antecedentes personales: Exfumador. Bebedor moderado. HTA de larga evolución. Obesidad. EPOC. DM tipo II. Arteriopatía periférica MMII con amputación infracondílea de MID. Tratamiento habitual: AAS, clopidogrel, dipropionato de beclometasona/fumarato de formoterol, olmesartan, metformina, rosuvastatina y omeprazol.

Exploración y pruebas complementarias: REG, consciente, orientado, afebril, obesidad, NCNH, eupneico en reposo. AC: rítmica sin soplos. AP: m.v.c. con hipofonesis. Abdomen: blando, depresible, dolor en FID y en flanco derecho, leve defensa abdominal. RHA conservados. No masas, PPRB negativa. Se deriva a hospital. Analítica: E y S: normales. Bioquímica: glucosa 122 mg/dl, urea 22 mg/dl, creatinina 0,8 mg/dl, FG 97,7 ml/min, sodio 134 mg/dl, ALT 19 U/l, bilirrubina total 0,3 mg/dl, amilasa 50,9 U/l CK 49 U/l, troponina 2,0 ng/l. Hemostasia: actividad de protrombina 83%, INR 1,12, fibrinógeno 539 mg/dl. Hematimetría: leucocitos $14,1 \times 10^9/L$, hemoglobina 12,5 g/dl, plaquetas $471 \times 10^9/L$. Pruebas radiológicas: eco y TAC abdominal: Signos de perforación de víscera hueca, probablemente el colon derecho, con invaginación colo-colónica y tumoración subyacente. Se realiza laparotomía urgente practicándose hemicolectomía derecha con anastomosis T-L mecánica y tras evolución postoperatoria favorable y sin complicaciones es dado de alta tras una semana de ingreso.

Juicio clínico: Perforación intestinal por neoplasia de colon.

Diagnóstico diferencial: Peritonitis. Úlcera gástrica o yeyunal perforada. Rotura esplénica. Pancreatitis aguda.

Comentario final: Entre un 5-10% de cuadros de abdomen agudo implican la perforación de una víscera hueca. La etiología puede ser variada según la víscera afectada. Las más frecuentes son la perforación de un ulcus gastroduodenal y la secundaria a una diverticulitis sigmoidea complicada. En el colon se relaciona con divertículos, iatrogenia tras endoscopia, colitis isquémica y como en este caso con tumores. La mortalidad puede alcanzar el 30-50% dependiendo de la gravedad y demora en el tratamiento. La evolución a peritonitis bacteriana polimicrobiana secundaria depende de la situación basal del paciente y supone una auténtica urgencia quirúrgica siendo mayor su gravedad al ser su origen una perforación de intestino grueso. El hallazgo de neumoperitoneo en una prueba de imagen no es sinónimo de urgencia quirúrgica ni su presencia es obligada para asegurar el diagnóstico, especialmente en perforaciones de colon, donde puede ser

difícilmente reconocible. La historia clínica y la exploración física siguen siendo fundamentales junto con las pruebas de imagen para un diagnóstico precoz, clave en la supervivencia.

Bibliografía

Langell J, Mulvihill S. Perforación gastrointestinal y abdomen agudo. *Med Clin N Am.* 2008;92:599-625.