



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1905 - Aviso al domicilio del paciente... un reto para el médico

E. Grasun<sup>a</sup>, A. Grasun<sup>b</sup>, A. Azagra Calero<sup>c</sup>, J. Villar Ramos<sup>d</sup>, A. Asturias Saiz<sup>e</sup>, R. López Sánchez<sup>d</sup> y A. Casal Calvo<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla Hermida. Santander. <sup>b</sup>Médico de Familia. Urgencias Hospitalarias. Hospital Sierrallana. Torrelavega. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 63 años de edad que solicita atención domiciliaria por motivo de dolor abdominal súbito. Según refiere el paciente tras correr unas horas (deportista habitual) inicia con dolor epigástrico súbito e intenso. No irradiación del dolor ni cortejo vegetativo. Refiere un episodio similar autolimitado hace menos de 2 meses, pero menos intenso. Como antecedentes personales de interés: reflujo gastro-esofágico. Exploración física: paciente hemodinámicamente estable, sudoroso e inquieto. Se objetivó dolor epigástrico sin datos de irritación peritoneal. No se realizó ECG dado la ausencia de ECG portátil. Se solicitó traslado a hospital de referencia en UVI móvil.

**Exploración y pruebas complementarias:** En Urgencias el paciente permanecía hemodinámico estable. El ECG realizado en primeras 10 min no demostró lesiones de isquemia aguda miocárdica, pero aun así se le dejó monitorizado hasta tener las enzimas cardíacas. Analítica: normal salvo mínima leucocitosis con desviación izquierda y troponinas altas (2,0 ng/ml); Avisamos a Cardiología para que valore al paciente con probable SCASEST. Rx-tórax y abdomen resultaron inquietantes: se objetivó neumoperitoneo. Se solicitó un TC abdominal que confirmó neumoperitoneo secundario a perforación gástrica (antro gástrico). Se avisó a Cirugía quienes realizaron laparotomía supraumbilical y sutura primaria de estómago. El paciente evolucionó favorablemente poscirugía. Con respecto a enzimas cardíacas: en 6 horas se normalizaron.

**Juicio clínico:** Perforación de víscera hueca.

**Diagnóstico diferencial:** Cardiopatía isquémica, pancreatitis aguda, reflujo gastro-esofágico.

**Comentario final:** La evaluación del dolor epigástrico requiere una comprensión de las causas más comunes, pero también infrecuentes de esta entidad. Para un médico es importante distinguir entre los motivos emergentes y no urgentes de dolor epigástrico. Esta tarea resulta más complicada cuando se trata de un aviso domiciliario. En estas circunstancias de gran ayuda nos sirve nuestra experiencia clínica y la exploración física adecuada.

### Bibliografía

1. Nassour I, Fang SH. Gastrointestinal perforation. JAMA Surg. 2015;150:177.
2. Yamamoto W, Kono H, Maekawa M, Fukui T. The relationship between abdominal pain regions and specific diseases: an epidemiologic approach to clinical practice. J Epidemiol. 1997;7:27.

3. Lyon C, Clark DC. Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. Am Fam Physician. 2006;74:1537.

*Palabras clave:* Epigastralgia. Cardiopatía isquémica. Perforación gástrica.