



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

216/23 - ¡Cuidado con lo que comes! Dolor abdominal con complicaciones

K.P. Baldeón Cuenca^a y L. Cotrutá^b

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Besaya. Los Corrales de Buelna. Cantabria. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Cirugía General. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 71 años que acude a consulta de Atención Primaria por historia de dolor abdominal de un día de evolución tipo punzante en epigastrio que se irradia a hipocondrio derecho, se exagera con la ingesta de alimentos y no se atenúa con nada, acompañado de sensación distérmica. Refiere haber cenado dos días antes una clase de pescado, pero no recuerda de qué tipo. Respecto a sus Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, obesidad, diverticulosis. Intervenciones quirúrgicas: Prótesis de rodilla, timpanoplastia. Medicación habitual: lactulosa 800 ml, tramadol 50 mg, hidroxmina 200 mg, dexketoprofeno 25 mg, esomeprazol 20 mg, pitavastatina 4 mg, paracetamol 1 g, repaglinida 2 mg, lisinopril + hidroclorotiazida 20/12,5 mg. Al realizar la exploración clínica se observa dolor a la palpación y se decide derivar al Servicio de Urgencias del hospital, solicitando analítica y ecografía abdominal.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente y orientada. Normohidratada y perfundida. Normal coloración cutánea y de mucosas. Eupneica en reposo. Cabeza y cuello: No Ingurgitación yugular. Carótidas isopulsátiles. No adenomegalias. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos. No soplos. No roce ni extratonos. Auscultación pulmonar: MVC en ambos campos. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio que se irradia a hipocondrio derecho, no peritonismo, ruidos intestinales presentes, no masas ni visceromegalias. Extremidades inferiores: no edemas. No signos de TVP. Pulsos pedios+. Analítica: Hb 13,20; Hto 40,10; leucocitos 16,40; granulocitos 72%; linfocitos 19%. Coagulación: actividad de protrombina 83,00, INR 1,14. Bioquímica: glucosa 129, urea 45, creatinina 0,88, sodio 139, potasio 3,9, amilasa 46. Ecografía de abdomen completo (incluye renal): se identifica una estructura hiperecogénica de morfología alargada de 3 cm de longitud en la luz del antro y región prepilórica gástrica y que atraviesa la pared posterior introduciéndose entre el páncreas y la región subhepática derecha. con cambios inflamatorios de la grasa regional. TC de abdomen con contraste: existencia de un cuerpo extraño (espina) de morfología alargada, hiperdenso, de 3 cm, localizado en la luz del antro-píloro gástrico atravesando la pared posterior que condiciona una reacción inflamatoria regional entre el cuello de páncreas, estómago y región subhepática derecha con pequeño microabsceso de 24 mm de tamaño aproximadamente.

Juicio clínico: Perforación gástrica contenida complicada con absceso.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis, oclusión intestinal, colecistitis, aneurisma aórtico, isquemia intestinal, cálculos renales. Úlcera péptica, diverticulitis, pancreatitis, endometritis, hipermotilidad intestinal, obstrucción biliar aguda.

Comentario final: El dolor abdominal es frecuente motivo de consulta constituyendo un 10% en el ámbito hospitalario y subiendo hasta un 15% en atención primaria aunque en muchas ocasiones es de causa banal. Lo podemos definir como un síntoma inespecífico de muchos procesos, tanto intra como extraabdominales. La Ecografía es un método diagnóstico inocuo y fiable. Tiene su principal utilidad en la identificación de patología en el ámbito de hipocondrio derecho, hipocondrio izquierdo e hipogastrio. En el diagnóstico, cuidados y actuación urgente lo más importante es una correcta recogida de datos, una pormenorizada exploración física y buscar el apoyo de pruebas complementarias; la mayor parte de las cuales son poco sofisticadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilmore, Brennan, Harten, Holcroft, Meakins. Atención del paciente quirúrgico. Peritonitis y abscesos intraabdominales. Scientific American Medicine.
2. Browne MK, Stoller JL. Intraperitoneal Noxythiolin in faecal peritonitis. Brit J Surg. 2014;57:525.