

<http://www.elsevier.es/semegen>

424/651 - AIRE DONDE NO DEBERÍA HABER AIRE

E. Fernández-Arroyo Naranjo¹, A. Cantero Campos¹, I. Ocete Segura² y P. Peinado Villén³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-Centro. Granada.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-Este. Granada,³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 76 años valorado el día anterior en Urgencias por dolor abdominal en hipogastrio irradiado a ambas fosas renales. Radiografía abdomen: informada como gran cantidad de heces sin otras alteraciones. Analítica: leve leucocitosis. Dado de alta con lactulosa. Al día siguiente acude a consulta de Atención primaria por aumento del dolor abdominal. En la anamnesis destaca episodio de heces líquidas días antes, sin deposiciones posteriores ni expulsión de gases. No vómitos. Afebril. Se realiza exploración física, tira de orina y radiografía toracoabdominal. Ante la sospecha de obstrucción intestinal se traslada a hospital. Tras TAC abdominal es intervenido de urgencia por neoplasia de colon con perforación de víscera hueca. En el posoperatorio ingresa en UCI por shock séptico. Al tercer día pasa a planta presentando buena evolución y siendo dado de alta. Al revisar el caso se vio que la imagen de retroneumoperitoneo era visible en la primera radiografía de abdomen que se realizó.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. Abdomen blando y depresible, dolor a la palpación en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda. Murphy, Blumberg y Rovsing negativos. Durante su segunda estancia en urgencias comienza con defensa abdominal. Orina y Rx tórax: sin alteraciones. Rx abdomen: imagen en pila de monedas en fosa ilíaca izquierda, niveles hidroaéreos. Sospecha de retroneumoperitoneo. Analítica: leucocitos 13.200, PMN 78,3%. GSV: pH 7,4, pCO₂ 49, bicarbonato 30, láctico 2,9. TAC abdomen: Signos perforación rectosigmoidea, por probable proceso neoplásico, con salida de contenido intestinal. Retroneumoperitoneo.

Orientación diagnóstica: Neoplasia de colon como origen de proceso obstructivo con complicación de perforación de víscera hueca y retroneumoperitoneo.

Diagnóstico diferencial: Estreñimiento. Obstrucción intestinal. Neoplasia colón. Perforación intestinal.

Comentario final: La sospecha diagnóstica de obstrucción intestinal se basa en la realización de una anamnesis detallada, una exploración física y realización de radiografías; elementos diagnósticos disponibles en atención primaria. Es básico saber interpretar dichas pruebas de imagen, detectando también las posibles complicaciones de la obstrucción intestinal como es la perforación de víscera hueca con imagen de neumoperitoneo o de retroneumoperitoneo (esta última es una localización menos habitual, pudiendo entorpecer el diagnóstico).

Bibliografía

1. Ortega Carnicer J. Neumotórax, neumoperitoneo y retroneumoperitoneo debidos a perforación espontánea del colon. *Med Intensiva*. 2006.

Palabras clave: Obstrucción. Perforación. Neoplasia.