

## 424/3425 - EPIGASTRALGIA, CANNABIS Y OTRAS CAUSAS

M. Espinosa Sansano<sup>1</sup>, M. Espinosa Sansano<sup>2</sup>, M. Sansano Trives<sup>3</sup> y E. de la Sen Maldonado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Almoradí. Alicante. <sup>2</sup>Médico. Alicante. <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Almoradí. Alicante.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 23 años, acudió a AP por epigastralgia intensa de 48h, intensificada en las últimas horas. Vómitos sin restos patológicos. Antecedentes: Fumador. Consumo cannabis. Lumbalgia con toma de naproxeno de 3 días.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general. TA 136/58 mmHg. FC 78 lpm. SatO2 96%. T<sup>a</sup> 36,5 °C. Consciente y orientado, sin focalidad neurológica. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, murmullo vesicular conservado, sin ruidos. Abdomen: intensamente doloroso. No masas ni megalias. Blumberg positivo, Murphy positivo. Signos de irritación peritoneal. MMII no edemas ni signos TVP, pulsos simétricos. Ante abdomen agudo, se derivó a Urgencias. Analítica: glucosa 102 mg/dL, creatinina 1,07 mg/dL, enzimas hepáticas normales, amilasa normal, PCR 0,29 mg/dL. No leucocitosis, Hb 14,1 g/dL Plaquetas 237.900/mm<sup>3</sup>. Coagulación normal. Orina: sedimento sin hallazgos patológicos. Rx abdomen: luminograma inespecífico. Rx tórax: no lesiones aparentes de partes blandas ni esqueleto óseo. Parénquima pulmonar sin claros infiltrados ni condensaciones. Senos libres. Índice cardiotóraco 0,5, mediastino normal. Línea radiolúcida sobre hemidiafragma derecho compatible con neumoperitoneo. TC: neumoperitoneo y líquido libre. El paciente fue intervenido de urgencias, realizando sutura a nivel de píloro/primera porción duodenal por perforación menor a 0,5 cm.

**Orientación diagnóstica:** Abdomen agudo secundario a perforación víscera hueca.

**Diagnóstico diferencial:** Apendicitis, cólico biliar complicado, perforación víscera hueca, obstrucción intestinal.

**Comentario final:** La perforación de víscera hueca da una clínica que suele impresionar de gravedad, caracterizándose por dolor intenso difuso aunque en ocasiones puede ser localizado en epigastrio, FID o HCD. Puede presentar irradiación a espalda u hombros si irritación diafragmática. Si el cuadro es evolucionado puede provocar sepsis y shock. Puede cursar con taquicardia, fiebre, taquipnea e hipotensión. La palpación suele ser dolorosa de manera difusa. Su sospecha clínica y una exploración adecuada en AP son fundamentales. La radiografía de tórax en bipedestación con cúpulas diafragmáticas es la prueba de elección (si no tolerancia bipedestación, decúbito lateral izquierdo con rayo horizontal). El TAC detecta aire libre en pequeñas cantidades y puede ayudar a localizar la etiología y/o patología subyacente. El tratamiento es quirúrgico.

### Bibliografía

1. Blázquez L, Flores L, Cobo F. Perforación víscera hueca. Libro electrónico de Temas de Urgencias. Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. Disponible en:  
[www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electrónico%20de%20temas%20de%20Urgencia/5.Digestivas%20y%20Quirúrgicas/Perforación%20víscola%20hueca.pdf](http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electrónico%20de%20temas%20de%20Urgencia/5.Digestivas%20y%20Quirúrgicas/Perforación%20víscola%20hueca.pdf)

**Palabras clave:** Abdomen agudo. Perforación. Cirugía.