

424/2477 - ¿ACCIDENTE LABORAL O ENFERMEDAD COMÚN?

S. Barón del Río

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bustarviejo. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 42 años sin antecedentes de interés, que consultaba por persistencia de dolor abdominal de predominio derecho, tipo pinchazo, intermitente, de inicio brusco en la tarde previa tras levantar una caja de 30 kg mientras trabajaba, que se incrementaba con la inspiración y los movimientos, y que no mejoraba con metamizol y paracetamol alternos (pautados en su Mutua laboral). Padeció un vómito alimenticio aislado al inicio sin No otro tipo de clínica.

Exploración y pruebas complementarias: PA 100/60 mmHg, FC 140 lpm, T^a 36 °C, SatO₂ 96%. Regular estado general. Pálido. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmico sin soplos, eupneico, murmullo vesicular conservado. Abdomen pobremente depresible con defensa, doloroso a la palpación de forma difusa, más intenso en cuadrantes derechos, sin No masas ni megalias, ni No escalones palpables en pared, con ruidos hidroaéreos normales. Radiografía abdomen (Mutua): sin alteraciones. Analítica: hemograma normal, Hb 18,3 g/dL, actividad protrombina 61%, INR 1,3, fibrinógeno 460, PCR 104 mg/dL, bilirrubina total 2,2 mg/dL, Na⁺ 128 mEq/L, osmolaridad 275, urea 70 mg/dL, creatinina 1,2 mg/dL, FGe 72 ml/min, pH 7,34, lactato 2,2 mg/dL.

Orientación diagnóstica: Desgarro o rotura fibrilar/Hematoma encapsulado en músculos rectos.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis aguda, cólico biliar, pancreatitis aguda, disección aórtica, peritonitis, perforación de víscera abdominal.

Comentario final: Reevaluación en espera de la ecografía: empeoramiento del estado general y del dolor a pesar de analgesia de 2º escalón, PA 90/45 mmHg, sudoración profusa y claro peritonismo. Gasometría de control: pH 7,28, lactato 3,5 mg/dL, Na⁺ 136 mEq/L, Hb 19,5 g/dL. Ecografía y TC abdomen: ascitis homogénea en los cuatro cuadrantes. Neumoperitoneo anterior y supramesocólico, con burbujas entorno al hilio hepático, subfrénicas izquierdas, perigástricas y entre antro y bulbo duodenal. Compatible con perforación de víscera hueca, probablemente tracto gastrointestinal alto (antro gástrico/bulbo duodenal). Interconsulta a Cirugía: intervención quirúrgica urgente con hallazgo de peritonitis entérica de los 4 cuadrantes y perforación prepilórica de 0,5 cm en cara anterior (úlcera péptica gástrica complicada). Cierre primario a puntos sueltos y antibioterapia con ertapenem. Buen postoperatorio y alta.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012.

2. Cahalane MJ. Overview of gastrointestinal tract perforation. UpToDate. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gastrointestinal-tract-perforation/print>

Palabras clave: Perforación. Peritonitis. Valsalva.