

## 424/1843 - CLÍNICA, CLÍNICA Y CLÍNICA

J. Gómez Pagés<sup>1</sup>, Y. Rodríguez Martel<sup>1</sup>, M. Ruiz Berrio<sup>2</sup> e I. Gómez Pagés<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Titerroy. Arrecife. Las Palmas.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Playa Honda. Las Palmas.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 37 años sin antecedentes patológicos de interés, bebedor ocasional de alcohol, que niega medicación habitual. Reconsulta a su médico de Atención Primaria (MAP) por dolor abdominal de inicio brusco de seis horas de evolución, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho con diaforesis y temblor asociados. Niega fiebre náuseas o vómitos. Heces normales sin productos patológicos. No sintomatología urinaria. Su MAP decide remitirle al servicio de urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Mal estado general, consciente, colaborador, pálido y diaforético. Tensión arterial 171/84, frecuencia cardíaca 80 lat/min, temperatura 36,1 °C, saturación de O<sub>2</sub> del 99%. Es imposible realizar la exploración abdominal por dolor intenso que impide decúbito supino. Tras medicación analgésica, el paciente presenta abdomen en tabla con signo de Blumberg positivo, más focalizado en hipocondrio derecho. Interconsulta con Cirugía sin esperar resultados analíticos. Analítica básica: Hematíes  $5,33 \times 10^6/\mu\text{L}$ , hemoglobina 14,80 g/dl, hematocrito 45,80%, VCM 85,80 fl, leucocitos  $11,4 \times 10^3/\mu\text{L}$  sin alteraciones del recuento plaquetario ni de los tiempos de coagulación. Bioquímica: glucosa 91 mg/dl, urea 34 mg/dl, creatinina 0,81 mg/dl, filtrado glomerular estimado > 90 mL/min, sin alteraciones de los iones, bilirrubina total 0,40 mg/dl, alanino aminotransferasa 16 UI/L, amilasa 63 U/L y PCR 0,2 mg/dl. Radiografía de abdomen: sin signos claros de neumoperitoneo. Presentan gas distal, sin obstrucción aparente. Ecografía abdominal complementada con TAC abdominopélvico: moderado neumoperitoneo de predominio en hemiabdomen superior, visualizando defecto en la pared anterior de la primera porción duodenal con una medida de 5 mm, donde se visualiza salida de burbujas aéreas en relación con úlcera perforada.

**Orientación diagnóstica:** Peritonitis biliar por úlcera duodenal perforada. Evolución: Favorable, se realiza sutura, epipoplastia y lavado. Es dado de alta con profilaxis antibiótica con amoxicilina-clavulánico. Seguimiento por Digestivo junto con su MAP.

**Diagnóstico diferencial:** Pancreatitis, colelitiasis, obstrucción intestinal, isquemia mesentérica.

**Comentario final:** La exploración física ha sido, es y será la herramienta diagnóstica más importante que tiene el médico. Aporta en torno al 85% del diagnóstico final junto con la anamnesis. Las pruebas complementarias iniciales no fueron de ayuda en el caso descrito.

### Bibliografía

1. Julián Jiménez A. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias, 4<sup>a</sup> ed. Complejo Hospitalario de Toledo: Grupo SANED; 2016.

**Palabras clave:** Exploración física. Abdomen en tabla. Perforación.