

424/535 - UNA PERFORACIÓN GÁSTRICA SÉPTICA INADVERTIDA

D. Ortega Moreno, C. Gutiérrez Alonso y L. Martín Cabanillas

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 40 años que acude por dolor abdominal de características cólicas, que lo relaciona con transgresión dietética de ese mismo día. Como únicos antecedentes personales destaca fumador activo y apendicectomizado en la infancia. Abdomen doloroso generalizado, con defensa voluntaria. Sin masas ni signos de peritonismo. Bioquímica y hemograma anodinos. Radiología simple de abdomen Rx: sin niveles, ni dilatación de asas. Mínima separación cúpula hepática-diafragma que pasó inadvertida. Se controla el dolor con analgesia y se deriva a alta. El paciente acude de nuevo al servicio de Urgencias el día siguiente por persistir dolor más intenso.

Exploración y pruebas complementarias: Se explora nuevamente abdomen, que ahora es muy globuloso y timpánico, con importante defensa y signos de Murphy y Blumberg negativos. Presión arterial 121/87 mmHg, frecuencia cardiaca: 119 lpm. Se realiza nueva determinación en análisis de sangre que muestra leucocitosis, PCR 30,5 mg/dl e hiperamilasemia, urea en 65 mg/dl, y creatinina 1,5 mg/dl. Coagulopatía. Radiología simple de abdomen: niveles hidroaéreos y neumoperitoneo en marco cólico bilateral. (TAC abdominal: marcado neumoperitoneo, engrosamiento de las paredes del colon con realce de sus paredes, compatible con perforación de víscera hueca).

Orientación diagnóstica: Es intervenido por perforación en gástrica de 2 cm de diámetro. Peritonitis generalizada con fibrina en todos los cuadrantes de contenido gastro-biliar. Abandona quirófano a UCI por postoperatorio de alto riesgo en paciente séptico de origen intestinal, que llega a ser lento pero favorable. Ante la buena evolución clínica y analítica es dado de alta con antibioterapia.

Diagnóstico diferencial: Isquemia intestinal. Apendicitis. Diverticulitis. Enfermedad vía biliar. Pancreatitis.

Comentario final: Es importante prestar especial atención a la clínica del paciente, sin embargo en esta ocasión, no se correlaciona con la gravedad de la patología que presentó el paciente que, junto a una analítica normal, llevó a prestar menos atención a otras pruebas complementarias como la radiografía primera, pasándose desapercibido un neumoperitoneo inicial. Es importante seguir una sistemática de revisión radiológica, para evitar pasar por alto patologías que aunque sean infrecuentes, las podemos ver en el servicio de Urgencias.

Bibliografía

1. Águila MA, Nava K, Úlcera gástrica perforada ¿Qué camino a seguir?: Presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Méd La Paz. 2015;21.

2. Lozano JA. La úlcera péptica y su tratamiento (I). Etiología, clínica, diagnóstico y medidas higienicodietéticas. Offarm. 2000;19:1-171.

Palabras clave: Úlcera péptica. Perforación. Víscera hueca.