



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 349/113 - Y DE REPENTE, ME ESTALLÓ

J. Sánchez Sánchez<sup>1</sup>; L. Tomás Ortiz<sup>2</sup>; M. Sánchez Alaminos<sup>3</sup>; M. Navarro Miralles<sup>2</sup>; A. Sánchez Agüera<sup>4</sup>; M. Rodríguez Márquez<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente. Hospital Los Arcos del Mar Menor. Murcia.; <sup>2</sup>Médico Residente. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia.; <sup>3</sup>Médico Residente. Centro de Salud Barrio Peral. Murcia.; <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Los Arcos del Mar Menor. Murcia.; <sup>5</sup>Médico Residente de 3er año. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 66 años que acude sin cita a su médico de familia por dolor abdominal de inicio súbito e intermitente, de predominio en hipocondrio derecho y acompañado de náuseas sin vómito. Afebril. Tras administrarle analgesia intravenosa con buscapina y metamizol sin clara mejoría, decide remitirlo a Urgencias hospitalarias en ambulancia para valoración. Antecedentes personales: exfumador de 60 paquetes/año. Diagnosticado de neoplasia gástrica de aspecto maligno con realización de PET-TAC que informa de adenopatías hiliares, mediastínicas, mesentéricas y lesión osteolítica en ilíaco derecho. Tratamiento crónico: ranitidina.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general con tendencia a la hipotensión y taquicárdico. Consciente, orientado y con ligera palidez cutánea. A la exploración destaca una hepatomegalia de dos traveses y Murphy dudoso, siendo el resto de signos negativos. Analítica de sangre con pruebas de función hepática normales, destaca amilasa 320. Rx tórax: se visualiza línea de neumoperitoneo y lesiones pulmonares compatibles con metástasis.

**Juicio clínico:** Perforación de víscera hueca por neoplasia de estómago.

**Diagnóstico diferencial:** Colecistitis aguda, pancreatitis aguda, úlcera péptica gastroduodenal, síndrome de Rapunzel (tricobezoar), fiebre tifoidea.

**Comentario final:** El paciente que ha sufrido una perforación suele dar una impresión de gravedad clara. Se muestra intranquilo y permanece quieto en posiciones que disminuyen el dolor. En Urgencias se continúa con analgesia intravenosa y se añade sueroterapia para reponer la volemia. La elevación de amilasemia puede asociarse en casos de perforación de compartimiento supramesocólico. Tras valoración por parte de Cirugía, se propone al paciente intervención quirúrgica para control de daños y se informa a la familia del mal pronóstico del mismo dada su patología de base. El tratamiento de la perforación es quirúrgico y un cirujano debe estar implicado desde las fases más precoces del manejo del enfermo.

## Bibliografía

23. Casamayor, N. Sánchez. Perforación visceral. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología. Capítulo 23. pp 209-216.

24. Pérez, J.R. Santana et al. Gastric perforation due to trichobezoar in an adult (rapunzel syndrome). 2005; 78 (4): 268-270.