



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

452/70 - DOLOR EN RELACIÓN CON EL CONSUMO DE TÓXICOS

S. Soler Allué¹, A. Climente González², R. Torres Cabrero², I. Paúles Cuesta³, M. Herraiz Vilellas², B. Gimeno García²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pirineos. Huesca. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Jorge. Huesca. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perpetuo Socorro. Huesca.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 38 años. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Hemorroides internas y externas con hemorroidectomía, adicción a cocaína. Enfermedad actual: comienza hace 10 días con dolor abdominal continuo de tipo pirosis en epigastrio no irradiado, acompañado de náuseas con vómitos de contenido alimenticio asociados. Tras maniobra de Valsalva para realizar deposición, intensificación del dolor, impidiéndole la movilización, con actitud antiálgica en flexión.

Exploración y pruebas complementarias: Estado general conservado, consciente, orientada, normohidratada y normocoloreada. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares. Abdomen: peristaltismo presente, abdomen doloroso con defensa en todo el abdomen. Extremidades inferiores: pulsos periféricos presentes y simétricos, no edemas. No signos de trombosis venosa profunda. ECG: ritmo sinusal a 77 lpm, PR normal, QRS estrecho, no alteraciones agudas de la repolarización. Bioquímica: Función renal, iones y enzimas hepáticas sin alteraciones. Hemograma: leucocitos 20.500, neutrófilos 17.300. Resto de la analítica sin alteraciones. No alteración de la coagulación. TAC abdomen: marcado neumoperitoneo intraperitoneal, en porción antideclive tanto superior como inferior, con burbujas perihepáticas y perigástricas. No se identifica retoneumoperitoneo. No se identifica retroneumoperitoneo. No se visualiza punto de perforación. Asas de yeyuno con signos de sufrimiento. Líquido libre perihepático, interasas, en ambas gotieras parietocólica y en pelvis menor. Sutura primaria+epiploplastia. Anatomía patológica: biopsia de ulcus: la muestra está constituida por material fibrinoleucocitario y músculo liso. No se identifica mucosa gástrica. No se identifica proliferación neoplásica. Biopsia margen orificio gástrico: capa muscular propia sin evidencia de infiltración neoplásica.

Juicio clínico: Perforación gástrica prepilórica puntiforme.

Diagnóstico diferencial: Obstrucción intestinal. Pancreatitis aguda. Trombosis mesentérica.

Comentario final: Ante un paciente con consumo crónico de cocaína con dolor abdominal con exploración sugerente de abdomen agudo debemos tener presente que la cocaína por su efecto vasoconstrictor vascular, puede producir isquemia y ésta puede originar una ulceración, siendo por tanto la cocaína causante de la úlcera gástrica o duodenal. En pacientes consumidores de cocaína las causas más frecuentes de dolor abdominal subagudo de gran intensidad (Escala EVA > 8) son: la isquemia mesentérica y la úlcera gástrica.

Bibliografía

Martin FR, Rossi R. The acute abdomen, an overview and algorithms. Surg Clin North Am. 1997;77:1227-43.

Nieto Silva JA. Dolor abdominal agudo. En: Malogón Londoño G, editor. Manejo integral de urgencias. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 1992.

Tintinalli J. Abdominal pain. Emergency medicine. A comprehensive study guide. American College of Emergency Physicians, 1985.

Palabras clave: Abdomen. Pirosis. Perforación. Cocaína.