

Nombre:	Yolanda
Apellido:	Marcelino Reyes
Otros Autores:	Raquel Pérez Pérez, Marta Elena Gómez Gil, Cristina Gonzalez Delgado, Ibrahim Hernández Gonzalez, Sergio Pitti Reyes
E-mail:	yolandamarcelinoreyes@gmail.com
Hospital:	Complejo Hospitalario Universitario de Canarias
Ciudad:	San Cristóbal de La Laguna
Título:	Neumoperitoneo: Buscando el resquicio
Presentación:	<p>Datos clínicos: Paciente mujer de 40 años, que presenta dolor abdominal difuso de varias semanas de evolución, sin antecedentes personales conocidos.</p> <p>Exploración física: Abdomen agudo. Descripción de los hallazgos: Se realiza TC abdominal con contraste intravenoso con adquisición en fase portal observando engrosamiento e hiperrealce de la pared gástrica a nivel del antro pilórico con defecto mural y pequeña colección adyacente. Se objetiva moderado neumoperitoneo de predominio en hemiabdomen superior que se introduce en hilio hepático y ascitis abdómino-pélvica difusa.</p>
Discusión :	<p>Diagnóstico: Úlcus gástrico perforado.</p> <p>Reflexión docente: Cada vez es más frecuente la solicitud de TC abdominal en los casos de neumoperitoneo ante la sospecha de perforación de víscera hueca para determinar su localización previo a la cirugía, pues de ello varía la indicación, el abordaje y el tipo de cirugía a realizar. La causa más frecuentes de neumoperitoneo por perforación de viscera hueca es el úlcus gastro-duodenal, aunque también se puede presentar en cualquier tramo del tracto gastro-intestinal por cuerpo extraño, procesos inflamatorios, infecciosos o isquémicos, así como por traumatismos abierto, cerrado o causa yatrogénica.</p>
Conclusión:	La perforación de víscera hueca es la causa más frecuente de neumoperitoneo en nuestro medio; la realización de TC abdominal mejora la calidad asistencial del paciente, dado que según el lugar de perforación, la etiología y las complicaciones asociadas a la misma va a variar el abordaje y el tipo de cirugía a realizar disminuyendo el tiempo y muchas veces la dificultad quirúrgica.
Bibliografía:	<p>- Kim HC, Yang DM, Kim SW, Park SJ. Gastrointestinal tract perforation: evaluation of MDCT according to perforation site and elapsed time. Eur Radiol. 2014; 24(6):1386-93. Disponible en: https://cbseram.com/2014/06/14/tc-multidetector-en-la-perforacion-del-tracto-gastrointestinal/</p> <p>- Llamas Blascoa M.I., Bonilla Hernández M.V., Juárez Barillasc F.J., Meneses Yarurod M.T. Gutae O.,E. Suelim. Dolor abdominal agudo por úlcus gástrico perforado. SEMERGEN. 2015;41 (Espec Congr):1307. Disponible en:</p>

	<p>http://www.elsevier.es/controladores/congresos-herramientas.php?idCongreso=22&idSesion=2064&idComunicacion=21810&r=40.</p> <p>- Prado Miranda E., Martínez Chamorro E., Moltó García J., Arroyo López M., Rueda Sainz-Aja V., Borrueal S. Perforación de intestino delgado por cuerpo extraño: hallazgos en el TC. Radiología. 2016;58(Espec Cong):1884. Disponible en: http://www.elsevier.es/controladores/congresos-herramientas.php?idCongreso=24&idSesion=2413&idComunicacion=25995&r=119.</p>
Pie de foto:	Engrosamiento e hiperrealce de la pared gástrica en antro pilórico. Defecto mural (flecha) y pequeña colección adyacente (asterisco). Moderado neumoperitoneo.