

PERFORACIÓN GÁSTRICA SIMULANDO ABDOMEN AGUDO APENDICULAR: REPORTE DE CASO

GASTRIC PERFORATION MIMICKING ACUTE APPENDICITIS: A CASE REPORT

PERFURAÇÃO GÁSTRICA SIMULANDO ABDOME AGUDO APENDICULAR: RELATO
DE CASO

Licia Andrea Meaurio Oviedo¹

Freddy Arnaldo Galeano Flor²

Valeria Talia Terwindt Brítez³

Lígia Maria Oliveira de Souza⁴

RESUMEN: La perforación gástrica constituye una urgencia quirúrgica que puede presentar manifestaciones clínicas variables y representar un desafío diagnóstico. La similitud con otras causas de abdomen agudo puede conducir a diagnósticos iniciales erróneos, especialmente cuando el dolor se localiza en regiones alejadas del sitio primario de lesión. Presentamos el caso de un paciente masculino de 40 años con cuadro de dolor abdominal de inicio brusco en epigastrio, con posterior migración hacia fosa ilíaca derecha, asociado a signos de irritación peritoneal, interpretándose inicialmente como apendicitis aguda. Durante la exploración quirúrgica se evidenció secreción purulenta y contenido gástrico libre en cavidad abdominal, además de un apéndice cecal congestivo. La revisión sistemática permitió identificar una perforación gástrica antro pilórica de aproximadamente 1 cm, realizándose reparación mediante sutura en dos planos. La evolución posoperatoria fue favorable. Este caso resalta la importancia de mantener un amplio diagnóstico diferencial en pacientes con abdomen agudo y realizar una exploración completa cuando los hallazgos intraoperatorios no concuerdan con la sospecha inicial.

1

Palabras clave: Perforación gástrica. Abdomen agudo. Apendicitis aguda. Úlcera péptica. Cirugía de urgencia.

ABSTRACT: Gastric perforation is a surgical emergency that may present with variable clinical manifestations and pose a diagnostic challenge. Its similarity to other causes of acute abdomen can lead to an incorrect initial diagnosis, particularly when pain is localized in regions distant from the primary site of injury. We present the case of a 40-year-old male patient who developed sudden-onset epigastric abdominal pain with subsequent migration to the right iliac fossa, associated with signs of peritoneal irritation, initially suggesting acute appendicitis. During surgical exploration, purulent fluid and free gastric contents were found within the abdominal cavity, along with a congested cecal appendix. A systematic exploration identified an approximately 1 cm antro pyloric gastric perforation, which was repaired using a two-layer suture technique. The postoperative course was uneventful. This case highlights the importance of maintaining a broad differential diagnosis in patients presenting with acute abdomen and performing a thorough intraoperative exploration when surgical findings are inconsistent with the initial diagnostic suspicion.

Keywords: Gastric Perforation. Acute Abdomen. Acute Appendicitis. Peptic Ulcer. Emergency Surgery.

¹ Especialista en Cirugía General por la Universidad Nacional de Itapúa.

² Especialista en Cirugía General por la Universidad Nacional de Itapúa.

³ Especialista en Cirugía General por la Universidad Nacional de Itapúa.

⁴ Médica graduada por la Universidad Politécnica y Artística.

RESUMO: A perfuração gástrica constitui uma urgência cirúrgica que pode apresentar manifestações clínicas variáveis e representar um desafio diagnóstico. A semelhança com outras causas de abdome agudo pode levar a diagnósticos iniciais equivocados, especialmente quando a dor se localiza em regiões distantes do sítio primário da lesão. Apresentamos o caso de um paciente do sexo masculino, de 40 anos, com quadro de dor abdominal de início súbito em epigástrio, com posterior migração para a fossa ilíaca direita, associada a sinais de irritação peritoneal, sendo inicialmente interpretado como apendicite aguda. Durante a exploração cirúrgica, evidenciaram-se secreção purulenta e conteúdo gástrico livre na cavidade abdominal, além de um apêndice cecal congesto. A revisão sistemática da cavidade permitiu identificar uma perfuração gástrica antroпилórica de aproximadamente 1 cm, sendo realizada a reparação por meio de sutura em dois planos. A evolução pós-operatória foi favorável. Este caso ressalta a importância de manter um amplo diagnóstico diferencial em pacientes com abdome agudo e de realizar uma exploração completa quando os achados intraoperatórios não são compatíveis com a hipótese diagnóstica inicial.

Palavras-chave: Perfuração gástrica. Abdome agudo. Apendicite aguda. Úlcera péptica. Cirurgia de urgência.

1 INTRODUCCIÓN

La perforación gástrica constituye una complicación grave de las enfermedades gastroduodenales y representa una causa importante de abdomen agudo quirúrgico, asociándose a elevada morbimortalidad debido al riesgo de contaminación peritoneal, sepsis y retraso en el tratamiento definitivo (SØREIDE et al., 2015).

La presentación clínica habitual se caracteriza por dolor abdominal súbito, generalmente localizado en epigastrio, acompañado de signos de irritación peritoneal. Sin embargo, la distribución del contenido gastrointestinal dentro de la cavidad abdominal puede modificar la expresión clínica, generando cuadros atípicos que simulan otras patologías abdominales frecuentes (TARASCONI et al., 2020).

La apendicitis aguda representa una de las principales causas de abdomen agudo y constituye el diagnóstico inicial más frecuente ante dolor localizado en fosa ilíaca derecha. No obstante, diferentes enfermedades intraabdominales pueden presentar manifestaciones similares, constituyendo un desafío diagnóstico para el cirujano.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de perforación gástrica con manifestación clínica inicial compatible con apendicitis aguda, describiendo los hallazgos quirúrgicos y la resolución terapéutica.

2 MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, correspondiente a un reporte de caso, elaborado a partir de la revisión de los datos clínicos, quirúrgicos,

anatomopatológicos y evolutivos de un paciente masculino de 40 años de edad, atendido por el Servicio de Cirugía General del Hospital General de Itapúa.

Se analizaron los datos relacionados con la presentación clínica, examen físico, hipótesis diagnóstica inicial, abordaje quirúrgico de urgencia, hallazgos intraoperatorios, conducta terapéutica, resultado del estudio anatomopatológico y evolución posoperatoria. La información fue organizada de manera cronológica, destacando los hallazgos relevantes para el diagnóstico y tratamiento de la perforación gástrica identificada durante la exploración de la cavidad abdominal.

La información utilizada fue obtenida mediante la revisión de los registros clínicos y quirúrgicos disponibles en la historia clínica del paciente, empleándose exclusivamente con fines académicos y científicos. Se garantizó la confidencialidad de la información y la protección de la identidad del paciente. No se incluyeron datos personales innecesarios para la comprensión del caso, tales como nombre, iniciales, número de historia clínica, domicilio u otros elementos que pudieran permitir su identificación directa o indirecta.

El presente reporte fue elaborado respetando los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, especialmente aquellos relacionados con la dignidad, autonomía, privacidad, confidencialidad y protección de las personas involucradas en investigaciones y publicaciones científicas.

3

Asimismo, se consideró la obtención del consentimiento informado del paciente para la utilización de la información clínica y, en caso de corresponder, de material gráfico relacionado con el caso, de acuerdo con las normas institucionales y los requisitos éticos vigentes. La información presentada se limitó estrictamente a los datos necesarios para la finalidad científica del reporte, evitando cualquier exposición que pudiera comprometer la privacidad o identificación del paciente.

La selección del caso se fundamentó en su relevancia clínica, debido a la discrepancia entre la presentación inicial compatible con abdomen agudo de probable etiología apendicular y los hallazgos intraoperatorios de peritonitis secundaria a perforación gástrica, resaltando la importancia de una exploración sistemática de la cavidad abdominal cuando los hallazgos iniciales no explican la magnitud del cuadro clínico.

3 PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 40 años de edad, atendido en el Servicio de Cirugía General del Hospital General de Itapúa, sin antecedentes patológicos de relevancia documentados, quien

consultó por cuadro de 24 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal de inicio brusco en epigastrio, asociado a náuseas y vómitos, con posterior migración del dolor hacia la fosa ilíaca derecha.

Al examen físico presentó dolor localizado en fosa ilíaca derecha, defensa muscular y signos de irritación peritoneal, planteándose inicialmente el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico de probable etiología apendicular.

Se decidió la realización de exploración quirúrgica de urgencia. Durante el procedimiento se constató aproximadamente 1000 cc de secreción purulenta y contenido gástrico libre en la cavidad abdominal, compatible con peritonitis secundaria por perforación de víscera hueca. Se evidenció un apéndice cecal congestivo, por lo que se realizó apendicectomía.

Ante la ausencia de correlación entre los hallazgos apendiculares y la magnitud del cuadro clínico, se efectuó una revisión sistemática de la cavidad abdominal, identificándose en la cara anterior de la región antro pilórica una solución de continuidad puntiforme de aproximadamente 1 cm, compatible con perforación gástrica de probable etiología ulcerosa (Figura 1).

Se procedió a la reavivación de los bordes de la lesión y toma de muestra para estudio anatomopatológico. Posteriormente, se realizó cierre primario de la perforación mediante sutura en dos planos con poliglactina 910 (Vicryl® 3-0), utilizando puntos continuos y separados. Se efectuó lavado exhaustivo de la cavidad peritoneal y se completó el procedimiento quirúrgico.

La evolución posoperatoria fue favorable, sin complicaciones inmediatas documentadas.

Figura 1. Hallazgo intraoperatorio de perforación gástrica en la cara anterior de la región antro pilórica (flecha), con una solución de continuidad de aproximadamente 1 cm, compatible con perforación ulcerosa.



Fuente: Archivo del autor.

4 DISCUSIÓN

La perforación gástrica constituye una emergencia quirúrgica asociada a una elevada morbimortalidad, principalmente relacionada con el grado de contaminación peritoneal, el retraso en el diagnóstico y las condiciones clínicas del paciente. A pesar de los avances en el tratamiento médico de la enfermedad ulcerosa péptica y la disminución de sus complicaciones en las últimas décadas, las perforaciones gastroduodenales continúan representando una causa importante de abdomen agudo quirúrgico (SØREIDE et al., 2015).

La presentación clínica clásica de la perforación gástrica se caracteriza por dolor abdominal súbito, generalmente de predominio epigástrico, asociado a signos de irritación peritoneal y, frecuentemente, evidencia de aire libre intraperitoneal. Sin embargo, la expresión clínica puede variar según la localización de la lesión y la distribución del contenido gastrointestinal dentro de la cavidad abdominal. Esta variabilidad puede generar cuadros atípicos que simulan otras patologías abdominales más frecuentes, dificultando el diagnóstico inicial (TARASCONI et al., 2020).

La apendicitis aguda constituye una de las causas más frecuentes de abdomen agudo quirúrgico y representa la principal sospecha diagnóstica ante pacientes con dolor localizado en fosa ilíaca derecha (DI SAVERIO et al., 2020). No obstante, diversas entidades intraabdominales pueden presentar signos y síntomas similares, por lo que el diagnóstico diferencial adquiere especial relevancia, particularmente en pacientes con signos de irritación peritoneal sin una etiología claramente establecida.

En el presente caso, la evolución clínica caracterizada por dolor abdominal de inicio brusco en epigastrio con posterior migración hacia la fosa ilíaca derecha condicionó inicialmente el diagnóstico de apendicitis aguda. Este fenómeno puede explicarse por la distribución del líquido inflamatorio y del contenido gastrointestinal dentro de la cavidad peritoneal, favoreciendo la aparición de dolor localizado distante al sitio primario de perforación.

Durante la exploración quirúrgica se evidenció aproximadamente 1000 cc de secreción purulenta y contenido gástrico libre en la cavidad abdominal, confirmándose la presencia de contaminación peritoneal secundaria a perforación de víscera hueca. La identificación de un apéndice cecal congestivo, sin cambios inflamatorios suficientes para justificar la gravedad del cuadro, representó un elemento de discordancia clínico-quirúrgica que motivó la revisión completa de la cavidad abdominal. Este abordaje permitió identificar una solución de continuidad de aproximadamente 1 cm en la cara anterior de la región antropilórica, compatible con perforación gástrica de probable etiología ulcerosa.

La exploración abdominal sistemática adquiere especial importancia en situaciones donde los hallazgos quirúrgicos no concuerdan con la sospecha diagnóstica inicial. La presencia de un apéndice con alteraciones inespecíficas no debe excluir la búsqueda de otras fuentes de contaminación intraabdominal, ya que el retraso en el reconocimiento de una perforación gastrointestinal puede incrementar la morbilidad asociada (LAU et al., 1999).

La tomografía computarizada abdominal constituye actualmente una herramienta fundamental para el diagnóstico de perforaciones gastrointestinales en pacientes hemodinámicamente estables, permitiendo identificar hallazgos como neumoperitoneo, líquido libre, engrosamiento de la pared gástrica y signos indirectos del sitio de perforación. Sin embargo, en pacientes con signos de irritación peritoneal y criterios de abdomen agudo quirúrgico, la exploración operatoria continúa siendo determinante para establecer el diagnóstico definitivo y realizar el tratamiento oportuno (SØREIDE et al., 2015).

El tratamiento quirúrgico de la perforación gástrica depende de diversos factores, incluyendo el tamaño y localización de la lesión, el grado de contaminación peritoneal, el tiempo de evolución y las condiciones generales del paciente. En lesiones pequeñas y localizadas, el cierre primario asociado a lavado exhaustivo de la cavidad abdominal constituye una estrategia ampliamente aceptada. En este caso, la perforación antropilórica de aproximadamente 1 cm permitió realizar reparación mediante sutura en dos planos con poliglactina 910, con evolución posoperatoria favorable.

6

La perforación gástrica con presentación clínica simulando apendicitis aguda es una manifestación infrecuente, pero clínicamente relevante debido al potencial de retraso diagnóstico y desarrollo de complicaciones. Este caso destaca la importancia de mantener un amplio razonamiento clínico ante pacientes con abdomen agudo y realizar una evaluación sistemática cuando los hallazgos clínicos o intraoperatorios no presentan adecuada correlación con el diagnóstico inicial.

5 CONCLUSIONES

La perforación gástrica con presentación clínica simulando apendicitis aguda constituye una entidad infrecuente, pero debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial del abdomen agudo. La ausencia de correlación entre la sospecha inicial y los hallazgos intraoperatorios debe motivar una exploración abdominal sistemática para identificar la verdadera causa del cuadro. El reconocimiento oportuno de estas presentaciones atípicas permite instaurar un tratamiento adecuado y disminuir el riesgo de complicaciones.

REFERÊNCIAS

DI SAVERIO, S. et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*, London, v. 15, art. 27, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00306-3>.

LAU, J. Y. et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestive Diseases and Sciences*, New York, v. 44, n. 7, p. 1481-1491, 1999.

SØREIDE, K.; THORSEN, K.; HARRISON, E. M. et al. Perforated peptic ulcer. *The Lancet*, London, v. 386, n. 10000, p. 1288-1298, 2015. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00276-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00276-7).

TARASCONI, A. et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*, London, v. 15, art. 3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0283-9>.