



SITUACIÓN CLÍNICA

Seudoaneurisma de aorta como complicación de una perforación esofágica por una espina de pescado

M.E. Méndez Abad*, M.M. Francisco Rodríguez, R. Ardevol González y G. Gorrín Vargas

Consultorio de La Perdoma, Centro de Salud Orotava San Antonio, Servicio Canario de la Salud, La Orotava, Tenerife, España

Recibido el 7 de noviembre de 2011; aceptado el 6 de diciembre de 2011

Disponible en Internet el 9 de febrero de 2012

PALABRAS CLAVE

Disfagia;
Seudoaneurisma
aórtico;
Perforación esofágica

KEYWORDS

Dysphagia;
Aortic
pseudoaneurysm;
Oesophageal
perforation

Resumen Se presenta el caso de una mujer de 41 años con dolor torácico y epigástrico agudo asociado a disfagia. Por el inicio agudo y la intensidad de los síntomas solicitamos que le realizaran una gastroscopia de forma urgente, aunque se retrasó y solo fue realizada cuando se presentaron complicaciones graves. El resultado fue una perforación esofágica debida a la ingestión de una espina de pescado y un seudoaneurisma de aorta. La rápida determinación de la causa y la extracción de la espina hubieran evitado las posteriores complicaciones y la prolongada estancia hospitalaria. Las limitaciones en las pruebas complementarias a menudo retrasan el diagnóstico con importantes consecuencias para los pacientes.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Aortic pseudoaneurysm as a complication of oesophageal perforation caused by a fish bone

Abstract We describe the case of a 41 year-old female patient with acute thoracic and epigastric pain associated with dysphagia. Due to the acute onset and the intensity of symptoms an urgent gastroscopy was requested. This was delayed and only performed when further serious complications appeared. This showed an oesophageal perforation due to ingestion of a fish bone, and an aortic pseudoaneurysm. Early determination of the cause and the extraction of fish bone would have avoided the subsequent worsening and long term stay in the hospital. Special tests limitations often delay diagnosis with severe consequences for the patients.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

El dolor torácico, epigástrico o la disfagia son síndromes clínicos de variadas etiologías, algunas graves. La historia clínica minuciosa puede hacernos llegar al diagnóstico en muchas ocasiones, pero en otras son necesarias

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmendeza@papps.org (M.E. Méndez Abad).

pruebas complementarias que, de momento, no podemos realizar en atención primaria.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente, mujer de 41 años, casada, con 2 hijos, no fumadora, sin antecedentes familiares o personales de interés y poco frecuentadora.

La paciente acudió a urgencias por presentar dolor centrotorácico-epigástrico, moderado-severo, de inicio súbito, que le impedía la ingesta de alimentos o líquidos. El cuadro se acompañó de sintomatología vegetativa: sudoración, náuseas y sensación de mareo. La exploración, las constantes y el electrocardiograma fueron normales, por lo que se administró analgesia parenteral. Como no mejoraba se derivó a un centro hospitalario donde realizaron una analítica con enzimas cardíacas y una radiografía de tórax, que fueron normales. Se diagnosticó de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), se pautó omeprazol y se dio el alta.

La paciente acudió al día siguiente a la consulta con los informes y las pruebas realizadas. Los síntomas persistían (odinofagia y disfagia) y no había mejorado con el omeprazol. Interrogada por el cuadro refirió que previo al inicio del dolor había estado cargando materiales de construcción (por obras en su casa), y que fue al sentarse a comer cuando había comenzado con el dolor, intenso, continuo, que le impedía comer o beber, y aumentaba al sentarse o acostarse. En la exploración física solo destacaba la presencia de dolor a la palpación en epigastrio y zona baja del esternón. La exploración cardiopulmonar y las constantes eran normales. Como el síntoma cardinal era la disfagia-odinofagia y el inicio brusco, enfocamos el cuadro como dolor de origen esofágico por posible rotura de la mucosa al aumentar la presión intraesofágica por los esfuerzos realizados, ya que no veíamos otra explicación, porque la paciente insistía en que no había comido.

Derivamos a la paciente con ese diagnóstico al servicio de urgencias hospitalario de tercer nivel donde realizaron nuevamente analítica, electrocardiograma, radiografías de tórax y abdomen, que fueron normales por lo que se dio el alta con el diagnóstico de ERGE, descartando rotura esofágica.

La paciente nos trajo los informes al día siguiente, y refería que el dolor había aumentado, sin mejorar con el metamizol administrado e insistía en que no podía ingerir alimentos. Ante la imposibilidad de realizar una endoscopia en atención primaria, decidimos realizar una interconsulta al digestivo de área con carácter urgente. Este contacto telefónicamente esa misma mañana con nosotros, con la paciente aún en su consulta, y nos refirió que allí la paciente había ingerido algo de líquido y creía que se trataba de algún problema muscular, sin creer necesario, de momento, realizar una endoscopia, pero que derivásemos en caso de empeoramiento clínico.

La paciente continuó con el dolor y 3 días después, en su domicilio, presentó un cuadro de hematemesis, con inestabilidad hemodinámica por lo que fue trasladada nuevamente de forma urgente al servicio de urgencias del hospital de tercer nivel. Una endoscopia digestiva demostró la presencia de una espina de pescado en el tercio medio del esófago sobre una lesión ulcerosa. Se extrajo y se trató la lesión

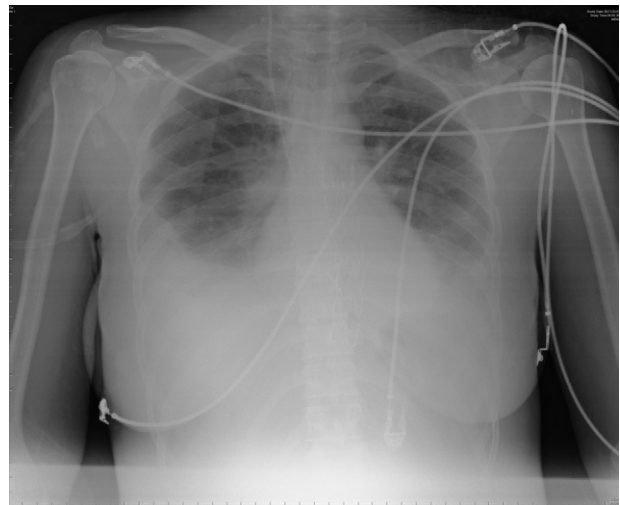


Figura 1 Radiografía de tórax donde se muestra un derrame pleural bilateral.

ulcerosa. En el hemograma realizado destacaba una hemoglobina de 9,1 g/dl y un hematocrito de 24,4%. La radiografía de tórax fue normal.

Tres días después del ingreso la paciente comenzó con un cuadro de disnea y tos no productiva. Una nueva radiografía de tórax mostró un derrame pleural bilateral (fig. 1) y una TC de tórax detectó un pseudoaneurisma de la aorta torácica descendente, retrocardiaca, de aproximadamente 2 cm (fig. 2). A través de la disección de la femoral derecha, se colocó una endoprótesis vascular (tipo Valiant Captivia®). Tras tratamiento antibiótico, la paciente presentó mejoría progresiva (clínica y radiológica) y le fue dada el alta un mes después del ingreso.

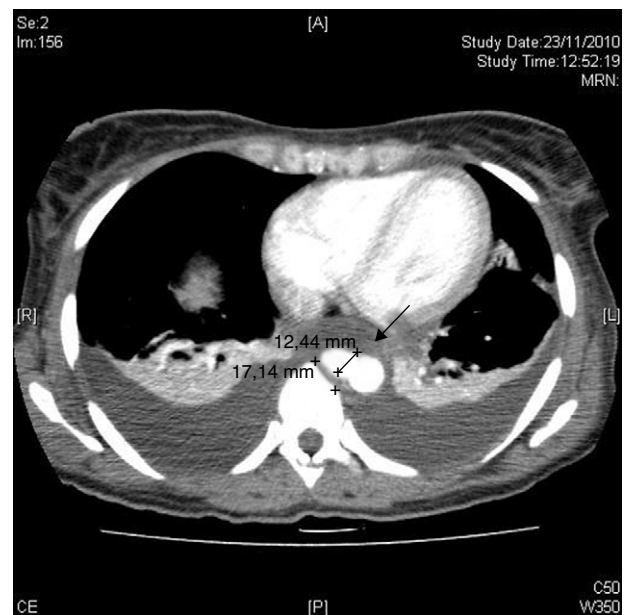


Figura 2 Pseudoaneurisma de la aorta torácica descendente, retrocardiaca, de aproximadamente 2 centímetros.

Discusión

La disfagia se define como la sensación de obstrucción al paso de los alimentos y la odinofagia como la deglución dolorosa. Las causas de la disfagia son múltiples, tanto mecánicas como motoras. La anamnesis y la exploración física adecuadas son fundamentales y pueden dirigir el curso hacia un diagnóstico preciso en el 80% de los casos. El tipo de alimento que ocasiona la disfagia, el inicio y duración de la misma, la descripción del sitio de la disfagia por parte de la paciente y los síntomas concurrentes aportan una información muy útil para el diagnóstico¹.

Los cuerpos extraños se pueden alojar en esófago cervical, bajo el esfínter esofágico, en torno al cayado aórtico o sobre el esfínter esofágico inferior. En esta paciente, el inicio súbito del dolor en la parte inferior del esófago nos llevó de forma equivocada a pensar en laceración esofágica por aumento de presión tras un sobreesfuerzo (aunque lo más frecuente es que se produzca tras episodios de náuseas o vómitos intensos) ya que la paciente refería que los síntomas se iniciaron antes de la ingesta y es evidente que ya había ingerido pescado y dicha laceración se produjo por una espina.

La bibliografía reciente muestra que las espinas de pescado siguen siendo causa de perforación esofágica², gástrica, intestinal³, pancreática o de la vesícula biliar, con casos descritos de migración a la vena renal⁴, abscesos retrofaríngeos⁵, en tiroides⁶ o hígado⁷ y, como en este caso, de fístula aortoesofágica, empiema y pseudoaneurisma de aorta^{8,9}. La hemorragia digestiva alta por fístula aortoesofágica tiene una elevada mortalidad, y la mayor parte de los casos descritos se deben a un traumatismo torácico, aneurisma o cirugía vascular o a trastorno por cuerpo extraño en el esófago¹⁰.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un trastorno frecuente y puede ocasionar pirosis, regurgitaciones, dolor torácico atípico, disfagia y odinofagia, pero suelen mejorar con antiácidos e inhibidores de la bomba de protones como el omeprazol.

En este caso, con la endoscopia digestiva alta podríamos haber llegado al diagnóstico y tratamiento, pero la demora con la que se realizó motivó las complicaciones que presentó la paciente. Ante nuestra sospecha clínica inicial constituye una indicación de carácter urgente la realización de una endoscopia digestiva alta.

Las barreras con las que nos encontramos en atención primaria para el acceso a pruebas complementarias (ecografías, TC, RM) y procedimientos, con excusas económicas, limitan la capacidad de resolución de los problemas y en muchas ocasiones prolongan el tiempo de enfermedad, aumentando de forma paralela el gasto por las complicaciones sobrevenidas, los días de trabajo perdidos, las estancias hospitalarias y el gasto derivado de la incapacidad temporal.

Establecer un catálogo de prestaciones de pruebas y procedimientos con indicaciones precisas redundaría en beneficio de los pacientes.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Spieker MR. Evaluating dysphagia. *Am Fam Physicians*. 2000;61:3639.
2. Ihama Y, Hokama A, Ibrah A, Kaida M, Kinjo F, Fujita J. Esophageal perforation by fish bone ingestion. *Gastrointest Endosc*. 2011;74:921.
3. Lin CY, Wu FZ. Fish bone perforation of small intestine. *QJM*. 2011, doi:10.1093/qjmed/hcr035.
4. Iwai T, Yoshida H, Yokoyama T, Maruyama H, Suzuki S, Matsutani T, et al. Migration of a fish bone into the right renal vein. *J Nihon Med Sch*. 2011;78:189–93.
5. Afolabi OA, Fadare JO, Oyewole EO, Ogah SA. Fish bone foreign body presenting with an acute fulminating retropharyngeal abscess in a resource-challenged center: a case report. *J Med Case Reports*. 2011;5:165.
6. Chen CY, Peng JP. Esophageal fish bone migration induced thyroid abscess: case report and review of the literature. *Am J Otolaryngol*. 2011;32:253–5.
7. Chen HK, Kuo JR, Uen YH, Sun DP. Liver abscess secondary to fish bone migration from the duodenum. *ANZ J Surg*. 2011;81:206.
8. Huang WC, Shen GH, Tseng CW. Persistent right-sided chest pain. Esophageal microperforation by a fish bone associated with empyema thoracis. *Gastroenterology*. 2010;139:e8–9.
9. Chen AP, Yu H, Li HM, Xiao XS, Liu SY. Aortoesophageal fistula and aortic pseudoaneurysm induced by swallowed fish bone: a report of two cases. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2011;34 Suppl 2:S17–9.
10. Hui-Chung W, Jium-yi H, Chung-Ping H. Esophageal laceration with intramural dissection mimics esophageal perforation. *Interact Cardio Vasc Thorac Surg*. 2008;7:864–5.