



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



199/82 - NO SIEMPRE ES LA PRIMERA OPCIÓN

C. Aznar Zamora^a, M. Ramírez Narváez^b, M. Naranjo Ratia^c, E. Correa Montojo^d, A. Zarallo Pérez^e y M. Muñoz González^e

^aMédico Residente de 3^{er} año; ^eMédico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Dr. Cayetano Roldán Moreno. Cádiz.

^bDispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias San Fernando. Unidad de Gestión Clínica Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz. ^cMédico de Familia. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz. ^dMédico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Bahía de Cádiz-La Janda. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias San Fernando. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 55 años de edad, con los siguientes antecedentes personales: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, ACVA, fibrilación auricular permanente, fumador, bebedor moderado, tratamiento habitual: bisoprolol, pantoprazol, fenofibrato, sintrom, metformina, AAS y amlodipino. Avisan en su domicilio a la unidad móvil de urgencias por presentar cuadro sincopal de segundos de duración, acompañado de un vómito alimenticio sin restos patológicos, no relajación de esfínteres. A la llegada, el paciente se encuentra asintomático, no dolor torácico, no disnea, no otros síntomas. Su familia refiere pérdida de peso en el último mes y vómitos.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado, colaborador. Normohidratado. No tiraje, no disneico. Auscultación cardiopulmonar: MVC sin ruidos sobreañadidos, tonos arrítmicos sin soplos audibles. Exploración abdominal: no masas, no megalias, no doloroso a la palpación, no defensa. Exploración neurológica: PINRLA, no focalidad neurológica. TA: 92/64. Frecuencia cardíaca: 62 lpm. Frecuencia respiratoria: 14. Saturación O2: 98% basal. Temperatura: 36 °C. Glucemia: 174 mg/dl. Glasgow: 15/15. ECG sin dolor: fibrilación auricular a 110 lpm, eje normal, segmento ST infradesnivelado en V3, V4 y V5. Se realiza un nuevo ECG pasados 30 minutos, no presentando cambios con respecto al primero: fibrilación auricular a 100 lpm, eje normal, segmento ST infradesnivelado en V3, V4 y V5. La unidad móvil administra AAS 300 mg oral presumiendo un posible SCASEST y se traslada a urgencias de su hospital de referencia en ambulancia medicalizada para realizar pruebas complementarias y diagnóstico. En Urgencias Hospitalarias solicitan analítica, gasometría venosa, Rx de tórax y ecografía de abdomen. En la analítica destacamos: urea 90, creatinina: 3,6, potasio 2,83, calcio corregido 10, PCR 27,4, cK 56, TnTus 32. Ecografía abdomen: normal. Rx tórax: normal. Gasometría venosa: pH 7,5, pCO2 51, HCO3 38,8. Segundas enzimas: CK 88, TnTus 26. Se decide ingreso a cargo de medicina interna, se realiza endoscopia digestiva alta con biopsia y TAC toracoabdominal donde se observa un estómago de retención, con compresión extrínseca en incisura angularis estenosis en rodilla duodenal de dudosa naturaleza endoscópica con primera anatomía-patológica negativa. Se realiza interconsulta al servicio de Cirugía General para valoración de intervención quirúrgica, tratamiento para el cual el paciente aún permanece ingresado.

Juicio clínico: Fracaso renal agudo prerrenal. Hipopotasemia moderada. Alcalosis metabólica.

Estómago de retención. Estenosis en rodilla duodenal.

Diagnóstico diferencial: Síncope vasovagal. SCASET.

Comentario final: Dada la sintomatología y el EKG, primeramente se pensó que el paciente podría sufrir un SCASEST. Posteriormente, tras la realización de una profunda historia clínica, múltiples pruebas diagnósticas y terapéuticas, se observó una naturaleza distinta de su cuadro, estando toda la sintomatología provocada por una estenosis duodenal inflamatoria que precisa intervención quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ladd AP, Madura JA. Congenital duodenal anomalies in the adult. Arch Surg. 2001;136:576-84.
2. Gianino P, Castagno E, Grassino EC, Guidi C, Mostert M. Late and unusual onset of congenital duodenal obstruction due to combination lesion. Minerva Pediatr. 2010;62:223-5.
3. Just JD, Bailey RJ. Duodenal obstruction from congenital bands: an unusual cause of pancreatitis. Can J Gastroenterol. 1996;10:449-50.
4. Fernández MS, Vila JJ, Ibáñez V, Lluna J, Barrios JE, Gutiérrez C, et al. Laparoscopic transsection of Ladd's bands: a new indication for therapeutic laparoscopy in neonates. Cir Pediatr. 1999.