Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1912

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2257 - No siempre es lo que parece. Hemorragia digestiva alta masiva

M.J. Rubio González[a], E.K. Shimabukuro Higa[a], B. Tijero Rodríguez[b], A. Córdoba Romero[c], E.P. Melo Toledo[c], M.B. Antón González[d], L. Cotillas García[d], P. Gutiérrez García[e], Á. Delgado de Paz[f] y S. Díez Morales[g]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Zona Oeste. Valladolid. [b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Área Oeste. Valladolid. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid. [d]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Área Oeste. Valladolid. [e]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Covaresa. Valladolid. [f]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid. [g]Médico Residente de 3er año. Centro de Salud Parque Alameda-Covaresa. Área Oeste. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 58 años, sin alergias y antecedentes personales de HTA, hiperlipemia mixta, hipotiroidismo, ex-fumadora, enolismo en el pasado. Esofagitis péptica, hernia hiatal y úlcera en cardias, antro y bulbo duodenal. Trastorno ansioso-depresivo en seguimiento por Psiquiatría, abuso de laxantes y diuréticos, potomanía. Hemorragia digestiva alta (HDA) por úlcera bulbar (octubre 2014). Antecedentes quirúrgicos: obstrucción intestinal y pancreatitis aguda. Fractura de húmero y radio izquierdos por caída accidental con necrosis avascular de cabeza del húmero. Tratamiento actual: Levothroid, Pravafenix, Adolonta, mianserina, clorazepato, lorazepam, Distraneurine, topiramato y escitalopram. Paciente que acude a consulta de Atención Primaria de Consultorio Rural para solicitar recetas de su medicación psiquiátrica. Tres días después, en consulta, se recibe aviso telefónico de la cuidadora, por agitación y progresivo deterioro del nivel de conciencia. Se acude de urgencia al domicilio y se llama al 112.

Exploración y pruebas complementarias: TA, FC, SatO2 y glucemia capilar sin registro. Paciente inconsciente. Bradipnea. Palidez cutáneo-mucosa, sudoración fría.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Exploración: Glasgow 5, pupilas isocóricas poco reactivas, pulso carotídeo débil. AC: ruidos cardíacos arrítmicos, disminuidos. AP: roncus dispersos, estridor inspiratorio. Abdomen y EEII: sin hallazgos. A su llegada a Urgencias, Glasgow 3, se decide IOT y VM ingresando en UVI. Analítica (Urgencias): 27.200 leucocitos, hemoglobina 3,5 g/dl, hematíes 0,88, plaquetas 482.000, coagulación normal. Creatinina: 1,57, PCR: 100, CK: 827. TAC cerebral: sin hallazgos. Gastroscopia urgente: abundante sangrado a nivel de bulbo duodenal. Intervención quirúrgica urgente: hemorragia por afectación de arteria gastroduodenal y perforación duodenal a colédoco, con anastomosis. Tras 20 días de ingreso, comienza un empeoramiento progresivo con shock hemorrágico, coagulopatía, shock distributivo con fallo cardiovascular, respiratorio y renal, peritonitis biliar, dehiscencia de suturas, shock séptico secundario. Finalmente exitus.

Juicio clínico: Hemorragia digestiva alta masiva. Coma por shock hipovolémico.

Diagnóstico diferencial: Causas de coma: alteraciones vasculares, hidroelectrolíticas o metabólicas, infecciones, agentes físicos, TCE, sustancias químicas.

Comentario final: En este caso clínico, valorado en su inicio en un consultorio rural de Atención Primaria, destaca un doble aprendizaje. Primeramente, que la hemorragia digestiva puede presentarse de forma brusca y cursar como shock hemorrágico sin antecedente de sangrado previo, confiriendo gravedad al caso. En segundo lugar, recordar que, no siempre es lo que parece. El hecho de que la paciente fuera a consulta, los días previos, a por recetas para su medicación psiquiátrica, hizo sospechar que la causa del estado comatoso fuera una sobredosis medicamentosa. La hemorragia digestiva alta es toda extravasación de sangre del tubo digestivo entre el esófago y el ángulo de Treizt. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, fiebre, hematemesis y/o melenas. Existe un tiempo intermedio entre la hemorragia endovisceral y su exteriorización, pudiendo ser silente o si es muy abundante, presentarse como un cuadro de hipovolemia aguda. Las constantes vitales y la exploración física vendrán determinadas por el volumen de sangrado. Las úlceras pépticas y la rotura de várices esofágicas, son las causas más importantes de hemorragia aguda gastrointestinal fatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harrison. Principios de Medicina Interna. 16ª ed. Mc. Graw. Hill. pp: 267-70; 1924-41; 1793-800.

2. Hospital Universitario 12 de Octubre. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 7ª ed. pp: 1157-69.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.