



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1913 - Las mil caras del dolor torácico

M. Avellana Gallán^a, E. Rodríguez Marco^a, C. Gramuglia Núñez^b, C. Pueyo Ucar^b, M. Royo Blesa^c, E.S. Cubero Saldaña^d, R. Lahoz Abadías^e, J. López Coscojuela^c, L. Rodríguez Elena^d y M. Valtueña Camacho^e

^aMédico de Familia. Hospital Universitario Miguel Servet y Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almozara. Zaragoza. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 38 años, sin alergias, fumador, hipertrigliceridemia. Refiere disnea brusca y opresión centrotorácica irradiada ambos hipocondrios, continua, 2 horas de evolución, iniciándose mientras comía. Cede en reposo y aumenta con movimientos corporales. Ligera sudoración. No náuseas ni vómitos. Afebril. Alto estrés laboral. Tras analgesia cede parcialmente, es dado de alta tras pruebas complementarias inespecíficas. Acude a las 36 horas por epigastralgia irradiada ambos hipocondrios, disfagia, disnea, ortopnea, sudoración profusa y pico febril matutino.

Exploración y pruebas complementarias: Primera asistencia: TA 132/84. FC 87 lpm. SatO₂ 95%. AP: hipoventilación basal derecha. ECG: RS, 90 lpm, sin alteraciones. Analítica (bioquímica, hemograma, enzimas cardiacas, hemostasia): sin alteraciones. Rx tórax: escasamente inspirada, sin hallazgos. Segunda asistencia: MEG. Diaforesis. Palidez. TA 111/74. FC 140 lpm. FR 37 rpm. SatO₂ 88%. AC: rítmico, sin soplos. AP: hipoventilación en base izda. ABDOMEN: agudo con signos de irritación peritoneal. ECG: taquicardia sinusal. Rx tórax: derrame pleural bilateral. Analítica: PCR 54,44, leucocitosis con neutrofilia. TAC toraco-abdominal: rotura 1/3 inferior esófago con colección hidroaérea en mediastino posterior izquierdo, dilatación secundaria del esófago proximal con contenido alimentario; extenso derrame pleural izquierdo con colapso lóbulo inferior izquierdo y leve derrame derecho.

Juicio clínico: Perforación esofágica.

Diagnóstico diferencial: Cardiopatía isquémica. Tromboembolismo pulmonar. Pancreatitis. Disección aórtica. Ansiedad.

Comentario final: La perforación esofágica es una emergencia médica, poco frecuente, y un desafío clínico, exigiendo alta sospecha diagnóstica. Se manifiesta con vómitos, dolor, fiebre y enfisema subcutáneo/mediastínico. La causa más común es iatrogénica por instrumentación endoscópica. Su morbimortalidad está ligada al tiempo de evolución. El estudio radiológico es clave para el diagnóstico. La demora en el tratamiento afectará al pronóstico, de tal manera que aquellas tratadas > 24h primeras, duplicarán su mortalidad. Su tratamiento estará determinado por: localización, estado del paciente, tiempo de evolución y patología esofágicas previas.

Bibliografía

1. Bengoechea Trujillo A, Bazán Hinojo C, Pérez Gomar D, Fornell Ariza M, Mayo Ossorio MA, Pacheco García JM, et al. Rotura esofágica espontánea. Sd Boerhaave. Cir Esp. 2014;92(Espec Congr):949.
2. Ng P. An unusual case of chest pain. BMJ Case Rep. 2013.
3. Houari N, Kanjaa N. Rapidly fatal Boerhaave syndrome: an emergency not to ignore. Pan Afr Med J. 2013;14:73.

Palabras clave: Dolor torácico. Disnea. Perforación. Esófago.