



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

212/2811 - Vómitos posprandiales en paciente caquético

C. Villalba González^a, V. Chueca San Anselmo^b, K.G. Arza Romero^a, F.J. Juárez Barillas^a, F. Osejo Altamirano^c, M.T. Meneses Yayuro^c, M.V. Bonilla Hernández^d y N. Yanguas Barea^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascante. Navarra. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Oeste. Navarra. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Este. Navarra. ^dMedicina Interna; Navarra. ^eRadiología. Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 84 años con antecedentes personales de colangiocarcinoma Klatskin tipo IIIb resecado en 2013, sin tratamiento adyuvante, que acude a urgencias tras tres días de vómitos postprandiales de contenido alimenticio, sin dolor en epigastrio ni abdominal. Sin fiebre. Ritmo deposicional sin cambios.

Exploración y pruebas complementarias: Presenta mal estado general, marcada desnutrición y deshidratación, palidez de piel y mucosas. Lengua saburral. Auscultación cardiopulmonar sin ruidos patológicos. Abdomen blando, depresible, no se palpan masas ni megalias, no se objetiva peristaltismo, no dolor a la palpación. Pulsos periféricos simétricos. No edemas en extremidades inferiores. Consciente y orientado temporoespacialmente, sin focalidad neurológica. Destaca plaquetopenia en analítica. Se realiza radiografía de tórax apreciándose nivel hidroaéreo infradiafragmático derecho, y radiografía de abdomen sin hallazgos. En tomografía computarizada abdominal se aprecia marcada dilatación gástrica muy sugestiva de gastroparesia.

Juicio clínico: Marcada dilatación gástrica sugestiva de gastroparesia.

Diagnóstico diferencial: Obstrucción intestinal, gastritis, enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Comentario final: Tras objetivarse estómago retenciónista, con abundante contenido alimenticio, se decide colocar sonda nasogástrica, e ingreso en Medicina Interna donde se observa tórpida evolución tras broncoaspiración y fiebre que precisó sedación paliativa falleciendo tres días tras el ingreso. Ante paciente con antecedentes de cirugía digestiva por carcinoma que presenta vómitos con mal estado general, se debe descartar recidiva del tumor, obstrucción intestinal sin olvidar denervación vagal derivada de la cirugía entre otras. No se puede descartar estómago recepcionista ante exploración abdominal normal en paciente caquético.

Bibliografía

1. Montoro MA, Lera I. Náuseas y vómitos. En: Montoro MA, García Pagán JC, editores. Problemas Comunes en la Práctica Clínica. Gastroenterología y Hepatología, 2^a ed. España: Jarpyo, 2012:17-36.
2. Gonzalez Lama Y, Gisbert JP. Trastornos del vaciamiento gástrico. Gastroparesia. Atonía gástrica. Estenosis pilórica. En: Montoro MA, García Pagan JC, eds. Problemas Comunes en la Práctica Clínica.

- Gastroenterología y Hepatología, 2^a ed. España: Jarpyo, 2012:261-9.
3. Pellisé M, Castells A. Tumores de la vesícula y vías biliares. En: Montoro MA, García Pagan JC, eds. Problemas Comunes en la Práctica Clínica. Gastroenterología y Hepatología, 2^a ed. España: Jarpyo, 2012:689-97.

Palabras clave: Vómitos posprandiales. Gastroparesia secundaria a cirugía.