

347/4009 - VÓMITOS INCOERCIBLES EN PACIENTE CON TRASTORNO DEPRESIVO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS

S. Alberola Cebrián^a, J. Cuevas Gálvez^b, S. Gallardo Navas^c y J. Martín Peñuela^a

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Málaga. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Málaga. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Acude a consulta paciente de 60 años por cuadro de vómitos incoercibles postprandiales de una semana de evolución, junto con malestar general y síndrome confusional asociado, consultándonos hasta en tres ocasiones. Comenta asimismo estreñimiento desde hace 4 días. Niega dolor abdominal, melenas o hematemesis. Refiere toma esporádica de AINEs. Se cataloga primeramente como cuadro de gastroenteritis aguda pero ante la persistencia del cuadro, se remite a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: REG, consciente y orientado en tres esferas. Deshidratación mucocutánea. ACR: Tonos rítmicos sin soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos. "Pectus carinatum". Abdomen: blando y depresible, no masas ni megalias. Indoloro a la palpación, con ruidos hidroaéreos disminuidos. Analítica sanguínea: destaca creatinina 2,86 mg/dL (previas normales), K 2,6 mEq/L y pH 7,62 con HCO3 61,3 mEq/L. ECG: RS a 61 lpm, PR normal. BIRDHH. No alteraciones de la repolarización. Rx abdomen: abundantes gases en hímenos izquierdo. Ecografía abdominal: normal excepto globo vesical. TC abdomen: estómago muy distendido. Sospecha de estenosis pilórica. Distensión de intestino delgado distal. EDA: hiato incompetente, esofagitis péptica distal grado A, estómago retentivo, úlcera prepilórica con edema asociado, edema marcado de bulbo duodenal, a descartar atrofia vellositaria.

Orientación diagnóstica: Estenosis pilórica secundaria a úlcera prepilórica. Alcalosis metabólica con hipopotasemia moderada asociada.

Diagnóstico diferencial: Tubulopatías (síndrome de Bartter, Gitelman). Abuso de diuréticos de asa (furosemida, torasemida...). Patología tumoral obstructiva gástrica/intestinal.

Comentario final: Aunque la estenosis pilórica es una entidad típica de pacientes en edad pediátrica, no debemos descartarla en adultos. De ahí la importancia de establecer un correcto diagnóstico diferencial. De hecho, en este caso fue difícil dar con el diagnóstico porque no se orientó adecuadamente desde un principio, buscando causas de hipopotasemia, en relación con insuficiencia renal aguda. Se insistió en la terapia de reposición de potasio con escasa mejoría del paciente. Plan de actuación (alta): Realizar comidas no copiosas y correctamente distribuidas durante el día, masticando bien los alimentos. Evitar AINEs. Omeprazol 40 mg/24h.

Bibliografía

1. Meneses LT, Galindo J, Carvallo F. Estenosis hipertrófica de píloro: presentación de un caso y actualización. Revista Cuadernos. 2006;51:52-8.
2. Chiang Lin Y, Yun Kuo C, Ping Lin H. La estenosis hipertrófica idiopática del píloro en adultos. J Formosan Med Associat. 2012;114:659-62.

Palabras clave: Vómitos incoercibles. Estenosis pilórica. Alcalosis metabólica.