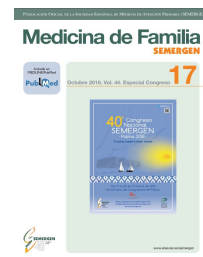




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/1319 - DOCTORA, NO PUEDO TRAGAR MI SALIVA

A. Santaella García^a, A. López León^b, N. Betancor Alonso^c y F. Conde López^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Cádiz.

^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. Cádiz. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Rubio. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 57 años que acude al servicio de urgencias por impactación esofágica por bolo de carne sin hueso de 13h de evolución, refiere dolor retroesternal y molestias en apéndice xifoides. Episodio anterior hace 20 años autolimitado. No hábitos tóxicos, cardiopatía isquémica, DM2, 4 stents. Tratamiento con ramipril, rosuvastatina, adiro y metformina.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, Glasglow 15/15. Eupneico. Sialorrea abundante. Auscultación cardiopulmonar, rítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Orofaringe hiperémica, sin placas ni exudados. Úvula y amígdalas normales. Abdomen blando y depresible. No doloroso con ruidos hidroaéreos presentes. Radiografía cervical AP y lateral, abdominal con cúpulas: sin hallazgos. Tras primera y segunda dosis de glucagón, continúa con la clínica, por lo que se contactó con unidad de endoscopias del hospital de referencia para gastroscopia urgente; no considerando conveniente el traslado para desimpactación urgente. El paciente quedó en observación donde continuó con sialorrea, disfagia a sólidos y líquidos y dolor retroesternal. Se realizó gastroscopia con una duración de 3:30h con repetidos intentos de desfragmentación del bolo cárnico, mediante múltiples técnicas, objetivándose estenosis fibrosa macerada con signos de ulceración y edema en rodete, estando friable y con fácil sangrado al roce; tras la cual, por el alto riesgo de perforación, quedó ingresado en digestivo con tratamiento con IBP y antibioterapia, descartaron perforación esofágica tras radiografía y iniciaron tolerancia a dieta oral sin incidencias.

Orientación diagnóstica: Impactación alimenticia. Estenosis fibrosa en esófago proximal. Esofagitis y hematoma perilesional.

Diagnóstico diferencial: Impactación alimenticia. Perforación esofágica.

Comentario final: La impactación alimentaria es la 1ª causa de presencia de cuerpos extraños a nivel esofágico, siendo la carne la causa más común en occidente. El 80-97% de estos casos presenta patología esofágica asociada como causa. En su manejo es de elección el estudio endoscópico urgente, con tiempo máximo para la realización del estudio las 12-24h posteriores al evento; su retraso favorece la compresión de la mucosa y como consecuencia, isquemia, ulceración y aumento del riesgo de perforación esofágica.

Bibliografía

1. Vignote Alguacil ML, Pérez Rodríguez E, Casair Juanena L, et al. Patología esofágica aguda. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014: p. 278-82.

Palabras clave: Impactación alimenticia.