



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/1415 - ¿ATRAGANTAMIENTO?

M. Valdelvira Díaz<sup>1</sup>, N. Cubelos Fernández<sup>2</sup>, M. Feijóo López<sup>3</sup> y B. Escribano Durán<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico de Emergencias Sanitarias. Unidad Militar de Emergencias. León. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. <sup>3</sup>Profesora Obstetricia y Ginecología. Universidad de Córdoba. <sup>4</sup>Profesora Fisiología. Universidad de Córdoba.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 71 años, acude a Urgencias de AP por dolor retroesternal de 2 horas de evolución y características pleuromecánicas levemente opresivo, irradiado a escápula derecha. Refiere secundario a atragantamiento con bolo de carne sin hueso. Dos vómitos, el último con flemas y lo que cree que es algo de sangre roja. No disnea ni otros síntomas. Leve disfagia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, orientada y colaboradora, BEG. Nerviosa. Obesidad. Pulso venoso yugular normal. AC: taquiarritmico sin soplos. AP: MVC. ORL: hiperemia orofaríngea. ECG: ritmo sinusal, 95 lpm. No alteración del ST. TA: 127/89. Alta con vigilancia domiciliaria, paracetamol si precisa. Si empeora acudir al hospital. Llamen de nuevo por teléfono y se la deriva a Urgencias del hospital. Exploración física: crepitantes bibasales, resto similar a previa. 12.500 leucocitos (86,6%N, 6,7%L),. Plaquetas: 14.100; resto normal. Glucosa: 128; resto normal incluidos proBNP y PCR. GAB: pO<sub>2</sub>: 59,3; pCO<sub>2</sub>: 32,7; SaO<sub>2</sub>: 91,3%; pH normal. Coagulación: Dímero D: 41.665. Rx tórax: elevación hemidiafragma derecho. AngioTAC (TEP): sin defectos de repleción, sobrecarga ventricular ni HTP. Lámina líquido pericárdico. Pequeño-moderado derrame pleural derecho, lámina derrame pleural izquierdo que se introduce hacia mediastino y regiones hiliares, sin delimitar adecuadamente el esófago. Atelectasias subsegmentarias en LII y otra con hipoventilación posterior en LII. IC digestivo: no contraindicación de gastroscopia (diferida al alta, nada nuevo). IC Cirugía General: recomiendan estudio esofágico radiológico con contraste ambulatorio (hernia de hiato con pequeño reflujo). Ingresa en Medicina Interna.

**Orientación diagnóstica:** Dolor torácico secundario a atragantamiento.

**Diagnóstico diferencial:** Atragantamiento. Espasmo esofágico y/o rotura esofágica. TEP. Derrame pleural. Pericarditis. Mediastinitis.

**Comentario final:** Dolor torácico, una de las causas de mayor demanda de atención médica. El esófago es la causa extracardíaca que más confunde con el isquémico. El seguimiento, ambulatorio u hospitalario, dependerá del diagnóstico de sospecha, patologías asociadas y situación clínica. Tratamiento al alta hospitalaria: Amoxicilina-clavulánico 875/125. ¿Podría ser algo más que un simple atragantamiento? ¿Pericarditis, mediastinitis?

## Bibliografía

1. Hidalgo Sanjuán MV, Vera Sánchez MC, Piñel Jiménez L, Ruiz Martín A. Dolor torácico. En: Soto Campos G, ed. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología. Madrid: Ergón, 2016; p. 265-72.

**Palabras clave:** Mediastinitis. Tromboembolismo pulmonar. Atragantamiento.