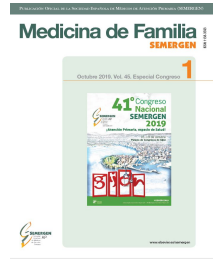




# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 424/3920 - UN DOLOR DESPROPORCIONADO

A. Ibisate Cubillas<sup>1</sup>, T. Rodríguez Martínez<sup>2</sup>, R. Hernando González<sup>2</sup> y M. Ramón Gariglio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cristóbal Acosta. Burgos. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jose Luis Santamaría. Burgos.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 83 años que acude a las urgencias ambulatorias por presentar, desde hace media hora, un dolor súbito y brusco en región epigástrica con irradiación hacia zona dorsal mientras se encontraba comiendo. No asocia cortejo vegetativo ni otra sintomatología acompañante. Como antecedentes destaca HTA en tratamiento con enalapril 20 mg/24 horas, síndrome agudo coronario con elevación de ST (SCACEST) en 2015 que requirió revascularización de la arteria descendente anterior y enfermedad por reflujo gastroesofágico en tratamiento con esomeprazol 20 mg/24 horas.

**Exploración y pruebas complementarias:** A su llegada a Urgencias: TA 162/84 mmHg, FC 94 lpm, SatO<sub>2</sub> 97% basal. Afebril. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos significativos. Abdomen: difícil exploración por realizar defensa voluntaria, impresiona de dolor de alta intensidad a nivel epigástrico sin irritación peritoneal, no megalias, Murphy dudoso, Blumberg negativo, reflejos hidroaéreos conservados. ECG: RS a 97 lpm, AQRS a 60°, P y Pr normal, sin alteraciones significativas en repolarización. Tras administrar 1 ampolla dexketoprofeno iv + 1 ampolla de metamizol iv no obtenemos buen control analgésico por lo que elevamos el escalón con 9 cc de cloruro mórfico iv, cediendo de forma parcial y trasladamos a Urgencias Hospitalarias para completar estudio.

**Orientación diagnóstica:** A su llegada a Urgencias hospitalarias, ante un dolor tan desproporcionado con mal control analgésico, se realiza ecografía abdominal urgente, no presentando hallazgos significativos. Analíticamente destacan marcadores de daño miocárdico normales, perfil hepatobiliar normal y PCR de 280 mg/L. Ante la persistencia del dolor y la estabilidad hemodinámica se solicita TAC torácico objetivando perforación esofágica próxima al cardias. Finalmente el paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos para vigilancia y monitorización ya que se desestimó tratamiento quirúrgico.

**Diagnóstico diferencial:** Aneurisma disecante de aorta. Infarto agudo de miocardio inferior. Cólico biliar.

**Comentario final:** La perforación esofágica es una entidad con una prevalencia baja en la población, siendo su causa más frecuente la yatrogénica seguida de rotura esofágica espontánea, ingesta de cuerpo extraño o trauma grave. Dada su alta mortalidad en la actualidad, debemos pensar en ella porque un retraso en el diagnóstico superior a las 24 horas se asocia con mal

pronóstico.

### **Bibliografía**

1. Asensio JA, Chahwan S, Forno W, MacKersy R, Wall M, Lake J, et al. Penetrating esophageal injuries: multicenter study of the American Association for the Surgery of Trauma. J Trauma 2001;50(2):289-96.

**Palabras clave:** Dolor. Perforación esofágica.