

## 377/66 - QUE MAL ME HA SENTADO LA COMIDA

F. Pérez Fernández<sup>1</sup>, M. Rodríguez Lavalle<sup>2</sup>, B. Herrero Bregón<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Puebla. Palencia.<sup>2</sup>Centro de Salud Jardinillos. Palencia. <sup>3</sup>Médico de Familia. Punto de Atención Continuada de Palencia (PACIP). Palencia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 54 años con antecedente de enfermedad por reflujo esofágico en tratamiento con omeprazol 20 mg/24 horas, sin antecedentes familiares de interés, no fumador y deportista; acude a urgencias de atención primaria por sensación de disfagia y dolor epigástrico de 4-5 horas de evolución que describe como “si le estuviesen apretando con varios dedos”, no irradiado y acompañado de sensación nauseosa que empieza después de comer y en reposo. No fiebre, no diarrea. No alteraciones del transito gastrointestinal. No dolor torácico. No palpitaciones. No sudoración, no mareo. No disnea. No pérdida de peso.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, consciente, orientado y colaborador, normocoloreado, normoperfundido, nomohidratado y eupneico en reposo. Sin signos de ingurgitación yugular y carótidas isopulsátiles. A la auscultación cardio-pulmonar rítmico, sin apreciarse soplos y con murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. En la exploración abdominal: blando y depresible, dolor a la palpación profunda en epigastrio, Blumberg negativo, Murphy negativo, no se palpan masas ni megalías y sin signos de irritación peritoneal además de puñopercusión renal negativa. No edemas, no signos de TVPs. Pulsos distales conservados. ECG: ritmo sinusal, a 54 lpm, QRS estrecho y sin alteraciones agudas específicas en la repolarización ni signos de sobrecrecimiento ventricular. Rx de tórax: no signos de condensación, no alteraciones diafragmáticas. No se visualizan masas. Se decide, ante la persistencia de la sintomatología, administrar 3 puff de nitroglicerina sublingual sin mejoría, por lo que se decide enviar a Urgencias Hospitalarias de referencia para valoración. En este se realiza hemograma y bioquímica, con enzimas cardíacas siendo esta anodina (glucosa 93 mg/dl, creatinina 0.83 mg/dl sodio 142 mmol/L potasio 3.5 mmol/L cTroponinas PCR 2.9 mg/L, Hb 15.4 gr/dL, hematocrito 46.3, VCM 92.9 fl, leucocitos 11.3 x10^9/l, neutrófilos 7.8 x 10^9/l, eosinófilos 0.3 x 0^9/l, linfocitos 2.2 x 10^9/l, plaquetas 181 x 10^9/l). Se decide añadir al tratamiento pantoprazol y primperam iv con discreta mejoría. Al permanecer la clínica y mejoría parcial de la sintomatología, se decide ingresar en el Servicio de Digestivo. Durante el ingreso se le realiza gastroscopia con realización de biopsias: Anillo de Schatzki con impactación de bolo alimenticio por probable esofagitis eosinofílica. El paciente es dado de alta, se le pauta tratamiento domiciliario con omeprazol 20 mg/12 horas. No se consigue un control óptimo de los síntomas, por lo que el seguimiento por su MAP es fundamental para evitar posibles complicaciones.

**Juicio clínico:** Esofagitis eosinofílica. Presencia de Anillo de Schatzki con impactación alimentaria.

**Diagnóstico diferencial:** Angina, infarto agudo de miocardio, neumotórax, neumonía, pericarditis, dolor torácico psicógeno, neuralgia, neoplasia.

**Comentario final:** Debido a que la esofagitis eosinofílica es una enfermedad cada vez más reconocida para el médico de atención primaria debe de ser primordial, primero realizar una adecuada anamnesis, el uso adecuado de las herramientas diagnósticas disponibles en el centro de salud, la realización de un diagnóstico diferencial para descartar causas potencialmente vitales y además conocer esta entidad, su manejo, seguimiento y su tratamiento adecuado.

## Bibliografía

Lucendo AF, Molina-Infante J. Esofagitis eosinofílica: diagnóstico y tratamiento actual basado en la evidencia. Gastroenterol Hepatol (Barc). 2018; 41 (4) : 281-91.