

333/119 - UN VÓMITO COMPLICADO

E. Ekech Mesa¹, M. Sojo Elías², E. Pérez Castro³, N. Sotelo Kesti².

¹Médico Residente. Centro de Salud Torrelodones. Madrid. ²Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Galapagar. Madrid. ³Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Colmenarejo. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 73 años que acude a urgencias por vómitos alimenticios acompañados de disnea, disminución del nivel de conciencia y fiebre de hasta 38°C de 3 horas de evolución. Como antecedentes personales presentaba hepatopatía alcohólica crónica, polineuropatía desmielinizante en MMSS y MMII y degeneración cerebelosa secundaria a alcohol y deterioro cognitivo leve.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 37.7°C; TA 124/89 mmHg; FC 110 lpm; FR: 30 rpm; Sat O₂: 85%. Glasgow 12. Bien hidratado, nutrido y persuadido con tiraje intercostal. AC: rítmico, sin soplos. AP: crepitantes en campo pulmonar izquierdo. ABD: blando, depresible, hepato y esplenomegalia, no peritonismo.

Analítica a destacar: leucocitos 3,66 x 1000; neutrófilos 81,30%; plaquetas 105.000; creatinina 3,69; urea 88; FG: 16 ml/min. Gasometría arterial: Ph arterial 6,974; PCO₂ arterial 62,300 mmHg; PO₂ 35,900 mmHg; bicarbonato 14,400 mmol/L. Lactato 6.7 mmol/L. ECG: ritmo sinusal a 100 lpm, eje normal, no bloqueos de rama ni alteraciones de la repolarización. Rx tórax: Neumotórax izquierdo a tensión. TAC torácico: Neumomediastino y neumotórax izquierdo masivo con desplazamiento de mediastino hacia derecha, sugestivo de perforación esofágica. Se procede a intubación orotraqueal, se coloca tubo de drenaje obteniéndose 2 litros de líquido fecaloideo. Es trasladado a la UCI de HUPH donde sufre PCR y exitus.

Juicio clínico: Síndrome de Boerhaave.

Diagnóstico diferencial: Neumonía por broncoaspiración.

Comentario final: Las perforaciones esofágicas tienen una alta mortalidad. Los determinantes de supervivencia son: tamaño, localización, edad, contaminación del mediastino y cavidades pleurales, y periodo transcurrido entre la perforación y el diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico siendo el tiempo transcurrido desde el inicio del cuadro uno de los factores decisivos en la elección de la misma.

Bibliografía

Adams BD, Sebastian BM, Carter J. Honoring the Admiral: Boerhaave-van Wassenaer's syndrome. Diseases of the Esophagus; 2006; 19: 146–151.

Barrett NR. Report of a case of spontaneous perforation of the oesophagus successfully treated by operation. Br J Surg 1947; 35: 216-8.

Palabras clave: Vómitos; Neumotórax; Neumomediastino; Boerhaave.