



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 269/38 - ¿CÓMO TE LLAMAS?

M. Guevara Salcedo<sup>a</sup>, S. Rodrigo Brualla<sup>b</sup>, L. Briosó Castillo<sup>c</sup>, A. Martínez García<sup>d</sup> y M. Quintanilla Santamaría<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Canillejas. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud María de Guzmán. Alcalá de Henares. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel de Cervantes. Alcalá de Henares. Madrid. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 57 años de origen búlgaro que es traído por el SUMMA a urgencias por pérdida de conocimiento con traumatismo craneal, tras encontrarlo en la calle inconsciente. No conocemos antecedentes del paciente, y la anamnesis es difícil porque no habla español.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración está hipotenso (80/40), sudoroso, con MEG. Está nervioso, poco colaborador, y no para de hablar en un idioma que no conocemos, sin parecer entender el nuestro. Tiene heridas por escoriación en hemicara derecha y codo, que no requieren suturas. Al ponerse el camisón del hospital, llama la atención manchas en el pantalón que sugieren melenas. Se realiza tacto rectal, que lo confirma. El abdomen es aparentemente normal. La exploración neurológica que realiza por repetición es anodina. En la analítica destaca hemoglobina de 8,3, siendo el resto normal. Se realiza eco-fast en cuarto de parada, que es anodina. El TC craneal es normal, y en el TC toraco-abdomino-pélvico se observan LOES hepáticas y aumento del grosor de la pared gástrica. Se realiza gastroscopia en la que se observa un importante coágulo sobre una herida ulcerada con importante irregularidad en su base, con excrescencias y cambios de coloración. Se toman biopsias. El paciente remonta cifras tensionales con sueroterapia y se transfunden 3 concentrados de hematíes. Tras su estabilización, el paciente ingresa ante sospecha de neoplasia gástrica en estudio y hemorragia digestiva alta secundaria con shock hipovolémico.

**Juicio clínico:** Shock hipovolémico secundario a hemorragia digestiva alta por probable neoplasia gástrica en estudio.

**Diagnóstico diferencial:** Traumatismo craneoencefálico con sangrado intra o extraparenquimatoso. Traumatismo abdominal o torácico con perforación visceral y hemorragia interna. Rotura de aneurisma. Hemotórax. Hemoperitoneo. Deshidratación. Pérdidas plasmáticas por quemaduras, lesiones exudativas, peritonitis...

**Comentario final:** Lo que a mí me llamó la atención de este caso no fue su diagnóstico diferencial ni su diagnóstico final, sino cómo se manejó desde urgencias: Nos encontramos con un paciente joven con mal estado general, que parecía vivir en la calle, que no hablaba español ni ninguna otra

lengua con la que poder comunicarnos, del cual desconocíamos los antecedentes y sus dolencias, por lo que sólo nos podíamos centrar aparentemente en las pruebas objetivas para “resolver” su problema. Después de realizarle infinidad de analíticas, radiografías, una gastroscopia, un TC toraco-abdomino-pélvico, un TC craneal y trasfundirle varios concentrados de hematíes, me llamó la atención que todavía no conocíamos el nombre del paciente, y es que nadie había hablado con él. Mediante Google translator conseguí comunicarme con él, y descubrí que el paciente era hipertenso, se llamaba Vlad, y conocía que tenía un adenocarcinoma gástrico desde hacía 3 años, que decidió no operarse cuando era quirúrgico, por lo que ahora tenía metástasis en hígado. Me contó que tras la muerte de su esposa, en vez de pasar su tiempo en el hospital, había decidido no realizarse más revisiones y viajar por el mundo, motivo por el cual se encontraba ahora en España. Le planteamos entonces la posibilidad de ingreso para estabilización hemodinámica, que aceptó con la condición de limitar el esfuerzo terapéutico.

## **Bibliografía**

1. Rodríguez García JL. Diagnóstico y Tratamiento Médico. Green Book. Marbán. 2013.