



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/345 - GASTROENTERITIS REBELDE

M.C. Márquez González^a, A.C. Rubio Bernardo^b, M.L. Burgos Merchán^c, M.T. Hernando López^d, A. Lindo Martín^d, B. Gacimartín Valle^b, A. Ramírez Martín^e, G. Bermúdez Ferrer^f, M. Esquilabre^g y V. Tomé Reollo^h

^aMédico de Familia. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico de Familia. Centro de Salud Segovia. Madrid. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Torrelodones. Madrid. ^eMédico de Familia. Centro de Salud San Juan de la Cruz. Pozuelo. Madrid. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Lavapiés. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Monte Rozas. Las Rozas. ^hMédico Especialista del Área de Urgencias. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 71 años con antecedentes de Linfoma B agresivo con afectación de cavum; que acude a consulta por vómitos con la ingesta de sólidos (tolera líquidos) de 7 días de evolución siempre precedidos de náuseas y siendo de contenido alimentario-bilioso. Tolera dieta líquida pero vomita todos los sólidos incluso habiendo probado dieta blanda. Refiere dolor tipo ardor de localización retroesternal coincidiendo con las náuseas que cede con el vómito. Ritmo intestinal conservado con última deposición esta mañana de características normales. Afebril. En el día de hoy refiere sialorrea abundante. Dado el tiempo de evolución sin mejoría y sus antecedentes se decide derivación a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. Consciente y orientado. Eupneico, bien hidratado y perfundido. Ginecomastia. Auscultación cardiopulmonar: Murmullo vesicular disminuido en base derecha. Exploración abdominal: dificultado por abundante panículo adiposo. Dolor a la palpación en epigastrio. No masas ni megalias, no signos de peritonismo. EEII con signos de IVC. Analítica con coagulopatía espontánea como único hallazgo con un INR 1,3. Se realiza radiografía de tórax en la que se objetiva cuerpo extraño a nivel esofágico, repitiéndose nuevamente con persistencia de la imagen. Se realiza TAC de tórax donde se observa una imagen compatible con concha de crustáceo impactada a nivel del tercio distal del esófago. Se avisa a endoscopia de alerta que realiza EDA visualizándose en esófago distal un cuerpo extraño (chirla de unos 2,5 cm) que se extrae con pinza dientes de ratón sin incidencias

Juicio clínico: Impactación esofágica por concha de crustáceo.

Diagnóstico diferencial: Obstrucción intestinal. Neoplasia esofágica y de tracto digestivo. Compresión extrínseca (bocio, neoplasia pulmonar). Estenosis esofágica. Divertículos esofágicos. Disfagia neurógena.

Comentario final: Ante un síntoma como los vómitos o la disfagia que no mejora o que empeora progresivamente, habría que realizar un abordaje urgente y profundo para descartar causas como

neoplasias o situaciones de urgencia vital; así como minimizar los riesgos secundarios de los mismos.

Bibliografía

1. Clavé P, Terré R, de Kraa M, Serra M. Approaching oropharyngeal dysphagia. Rev Esp Enferm Dig. 2004;96:119-131.

Palabras clave: *Chirla. Vómitos. Impactación. Esófago. Endoscopia.*