



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



199/69 - VÓMITO ALIMENTICIO

M. Sierras Jiménez^a, S. Morales Rincón^b, E. Barbero Rodríguez^c, T. García Sánchez^d y S. Moreno Carrasco^a

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico de Familia. CS La Caleta. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 91 con antecedentes personales de HTA, hiperlipemia, diabetes tipo II acude consulta por un vómito de contenido alimenticio hace 20 minutos sin productos patológicos. Niega otra sintomatología. Hábito intestinal conservado. Refiere que se encontraba previamente bien, había caminado durante la mañana, almorzó con buena tolerancia y tras esto durmió durante una hora. Al despertarse ingirió un café y un pestiño y tras 5 minutos a vomitado. Tras el episodio se mantiene asintomático. Ante hallazgos en exploración clínica el paciente se deriva a urgencias. Se realizan pruebas complementarias, es valorado por cirugía desestimando intervención quirúrgica ante resultados TAC. Se informa a la familia y se decide sedar al paciente a fin de limitar el sufrimiento.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Ligera palidez mucocutánea. Eupneico. Afebril. TAS 143. TAD 89. FC 102. SatO₂ 98%. T^a 36 °C. CYC: pupilas isocóricas y normorreactivas. Movimientos oculares extrínsecos conservados. No rigidez de nuca. No IY. No adenopatías. ACR: tonos arrítmicos sin soplos, frecuencia elevada. Buen murmullo vesicular bilateral, no ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: cierta defensa. Ligera distensión abdominal. Doloroso a la palpación de forma generalizada, no masas ni megalias. Murphy negativo. Blumberg positivo. Signo del psoas negativo. Ruidos intestinales disminuidos. Lesiones de tipo livideces en dorso. MMII: no edemas. Pulsos pedios presentes y simétricos. Lesiones tipo livideces en zona posterior ambos MII. Ex. neurológica: Glasgow 15. PINLA. No disimetrías. Sin signos de irritación meníngea. Romberg negativo. Marcha conservada. Fuerza y sensibilidad distal conservadas. ECG: FA a 145 lpm. No alteraciones en la repolarización. Rx abdomen: asas de Intestino delgado dilatadas sin gas distal. Analítica: hemograma: 14.600 Leucocitos (92% PMN), Hb 16,2 g/dl. Plaquetas 216.000. Bioquímica: glucosa 171 mg/dl. Urea 46 mg/dl. Creatinina 0,95 mg/dl. Bilirrubina total 1,4 mg/dl. Amilasa 48 mg/dl. PCR 0,2. Gasometría venosa: pH 7,514. pCO₂ 27,2. pO₂ 32,3. HCO₃ 21,7. Anión gap 3,9. Lac 2. Na 136. K 3,9. Ca 1,09. Cl 110. TAC abdomen: La exploración realizada muestra la existencia de una obstrucción por émbolo de la arteria mesentérica superior. Isquemia mesentérica aguda.

Juicio clínico: Isquemia mesentérica aguda.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis aguda. Intoxicación alimenticia. Obstrucción intestinal. Isquemia mesentérica. Vómito por reflujo.

Comentario final: Con este caso quiero destacar la importancia de realizar una exploración física exhaustiva. No dejarnos guiar por lo que en principio parece un cuadro banal sin realizar una buena exploración. Tan esencial ha de ser una buena historia clínica como una buena exploración física. Este cuadro debutó en urgencias, pudo ser seguido aunque el resultado fuese el fallecimiento del paciente. Lo cual lleva a una reflexión bastante profunda en la que a pesar de diagnosticar de forma precoz no siempre tenemos en nuestra mano el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Actuación en Atención Primaria, 4ª ed. SemFYC, 2011.