



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2620 - Impactación de bolo alimenticio, otras causas

T. Crespo Reyes<sup>a</sup>, M. Sánchez Espejo<sup>b</sup>, J.L. Ávila Guerrero<sup>c</sup> y A. Calabria Rubio<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año. Centro de Salud Poniente. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año. Centro de Salud Poniente. Córdoba. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Poniente. Córdoba. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 49 años, con antecedentes de HTA, EPOC tipo enfisematoso, coleditiasis, fenómeno de Raynaud. Fumadora de un paquete diario, bebedora de aproximadamente un litro de cerveza y unos tres vasos de vino diarios. Sigue tratamiento habitual con lorazepam, omeprazol, enalapril y AAS. Acude a urgencias por presentar cuadro consistente en hasta cinco vómitos de sangre roja junto a epigastalgia. Así mismo refiere anorexia y pérdida ponderal de unos 10 kg en los últimos tres meses.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 157/96 mmHg, FC 91 lpm, saturación (FiO<sub>2</sub> 0,21 l) 94%. Afebril. Aceptable estado general, bien perfundida e hidratada. ACR con tonos rítmicos sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio, sin masas, megalias ni signos de peritonismo, y ruidos hidroaéreos conservados. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de TVP. Analítica en urgencias: Hb 13,3, VCM 102, 6.000 leucocitos con fórmula normal, plaquetas 237.000. Urea 7, creatinina 0,5, iones normales, bilirrubina total 0,6, amilasa 26, AST 37, ALT 18, FA 123, GGT 62. Radiología de tórax y simple de abdomen sin hallazgos patológicos. Ante la sospecha de hemorragia digestiva alta, se realiza endoscopia digestiva alta en la que se observan restos alimenticios adheridos a la pared esofágica cubriendo parcialmente una úlcera longitudinal de gran tamaño con signos de sangrado activo que requirió terapéutica endoscópica con inyección de adrenalina. Además una ausencia total de motilidad esofágica. Se realiza manometría esofágica en la que se confirma la ausencia de peristalsis en cuerpo esofágico junto a falta completa de relajación, hallazgos compatibles con patrón típico de esclerodermia.

**Juicio clínico:** Esclerodermia localizada con debut con úlcera esofágica secundaria a impactación de bolo alimenticio.

**Diagnóstico diferencial:** Hemorragia por varices esofágicas o gástricas. Úlcera péptica asociada al consumo de AINE, infección por *Helicobacter pylori*, tratamientos anticoagulantes u otros fármacos ulcerogénicos. Lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal (gastritis erosiva y hemorrágica) que se asocian a AINE y también enfermedades relacionadas con el estrés, quemaduras o consumo de etanol. Síndrome de Mallory-Weiss. Esofagitis.

**Comentario final:** La esclerodermia es un trastorno motor secundario en la que se afecta la

musculatura lisa; se ha descrito afectación esofágica hasta en el 80% de los pacientes, siendo aproximadamente un 40% de ellos asintomáticos en su inicio, como es el caso descrito.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Fenómeno de Raynaud. En: Rodríguez García JL, coordinador. Green Book diagnóstico, tratamiento médico. Madrid: Marbán; 2013. p. 1374-89.
2. Hemorragia digestiva. En: Carlavilla Martínez AB, Castelbón Fernández FJ, García Sánchez JI, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Madrid: MSD; 2007. p. 601-19.