



242/2105 - IMPACTACIÓN ALIMENTICIA CON HEMATEMESIS FRANCA POSTERIOR EN MUJER DE 67 AÑOS

M. Castro García^a, M. Vílchez Jaímez^b, I. Galindo Román^c y J. Mostazo Torres^d

^aEnfermera Endoscopia. Hospital de la Línea de la Concepción. Cádiz. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Tarifa. Cádiz. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz. ^dEspecialista Aparato Digestivo. Hospital de la Línea de la Concepción. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 67 que acude a urgencias por hematemesis franca objetivada en ambulancia y posteriormente en observación. Durante la comida la paciente sufre una impactación esofágica de un trozo de carne, comienza a forzar el vómito, tomaba líquido sin poder tragarlo, siguió forzando el vómito hasta que comenzó con hematemesis franca y dolor intenso a nivel retroesternal por lo que es trasladada al servicio de urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Se procede a realizar gastroscopia: esófago repleto de restos hemáticos que se aspiran parcialmente al llegar a esófago medio se observa coagulo rojo que ocupa prácticamente la luz total esofágica, progresamos hacia esófago distal (cardias) donde se visualiza restos de carne sin poder objetivar tamaño por la gran cantidad de sangre, se moviliza cuerpo extraño con asa que permite progresión hacia cavidad gástrica. Una vez conseguido esto observamos cómo sigue sangrando pero nos permite visualizar mejor esófago donde objetivamos el inicio de un desgarro a nivel de esófago medio. A nivel cardial se observa sangrado activo donde infiltramos 10 cc de adrenalina diluida sin conseguir parar el sangrado por completo. Se traslada UCI y se realiza TAC tórax donde se descarta neumomediastino. A las 72 horas la paciente se encuentra estable. Realizamos gastroscopia: gran desgarro de mucosa que se prolonga al menos 10 cm desde esófago medio hasta esófago distal con centro fibrinado y sin restos de hemo en la actualidad. Se mantuvo en planta con nutrición parenteral e inicio a tolerancia líquida a los 14 días.

Juicio clínico: Gran desgarro mucoso esofágico sin perforación asociada.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Boerhaave. Mallory Weis.

Comentario final: En nuestro caso no hubo rotura completa de pared esofágica pero en el caso del síndrome de Boerhaave si la hay y supone un riesgo vital con necesidad de tratamiento quirúrgico urgente para disminuir la morbimortalidad, por esta razón ante la sospecha clínica se debe de realizar TAC tórax precoz.

Bibliografía

1. Rokicki M, Rokicki W, Rydel M. Boerhaave's Syndrome - Over 290 Yrs of Surgical

Experiences. Surgical, Endoscopic and Conservative Treatment. Pol Przegl Chir.
2016;88(6):365-72.

Palabras clave: Impactación alimentaria. Boerhaave. Desgarro esofágico.