

CASO CLÍNICO

Gastroscofia con
gastroscofia de
un solo uso

GASTROSCOPIA DE URGENCIA CON UN GASTROSCOPIO DE UN SOLO USO

Dra. AMAIA ARRUBLA, Dr. JUAN J. VILA

Unidad de Endoscopia Digestiva - Hospital Universitario de Navarra

HISTORIA DEL PACIENTE

Varón de 63 años con antecedentes personales de dislipemia, Diabetes Mellitus tipo 2 con mal control, tabaquismo activo y enolismo, estenosis carótica interna izquierda leve y deterioro cognitivo multifactorial. Ingresa por traumatismo costal (4 fracturas costales izquierdas) tras caída en su domicilio por mareo sin pérdida de conocimiento. El paciente refiere mal descanso nocturno por dolor con la movilización y la inspiración profunda. En Rx de tórax se visualizan callos de fractura en parrilla costal derecha y fractura de arcos postero-laterales de la 5ª, 6ª, 7ª y 8ª costillas izquierdas, la 7ª con dos trazos de fractura (Fig A).

Se decide ingreso en Medicina Interna para control del dolor. Se realiza TAC toracoabdominal que muestra fracturas de arcos posteriores de costillas izquierdas con pequeño engrosamiento y derrame pleural ipsilateral (Fig B.1-4). En ventana de parénquima, enfisema bilateral con bullas subpleurales y aumento de densidad en base pulmonar izquierda en vidrio deslustrado probablemente secundario a contusión. En abdomen no se aprecian imágenes de contusión visceral. Discreta distensión de asas yeyunales con pequeñas lengüetas líquidas entre asas. Durante ingreso presenta hipotensión y taquicardia, diaforesis y mal estado general. Se inicia reposición de volumen y en analítica se objetiva acidosis metabólica con lactato de 5.

Con diagnóstico de Shock séptico de origen no filiado con posible componente de traslocación bacteriana de origen intestinal, ingresa en UCI para soporte vasoactivo y evolución. Tras dos semanas de ingreso en UCI presenta inestabilidad progresiva con labilidad tensional (PAM >65mmHg) y tendencia a la taquicardia, con anemia progresiva que obliga a realizar transfusión de 3 concentrados de hemáties. Ante esta situación se solicita gastroscofia urgente en la UCI para descartar origen digestivo del sangrado.

PROCEDIMIENTO

Se realiza la gastroscofia con el Ambu® aScope™ Gastro en la UCI, objetivando el esófago con mucosa y morfología normal, y unión escamocolumnar sin alteraciones. En estómago se aprecian escasos restos alimentarios sólidos, sin restos hemáticos. En cuerpo alto se observan al menos 3 parches de mucosa edematosa, eritematosa que impresionan de leves hematomas submucosos, en probable relación con sonda nasogástrica (Fig C.5-7). No se observan erosiones ni úlceras. Resto de mucosa gástrica sin alteraciones. Se avanza en duodeno hasta 3ª porción sin observar restos hemáticos ni lesiones potencialmente sangrantes (Fig C.1-4). Se observa mucosa de aspecto blanquecino, con discreta atrofia de vellosidades y mucosa de aspecto cuarteado (Fig C.1-4).

CONCLUSIÓN

Mediante el Ambu aScope Gastro pudimos realizar la endoscopia completa en la propia habitación del paciente en la UCI. Se pudieron explorar todos los tramos del tracto digestivo superior con una imagen de gran calidad, descartando origen digestivo del sangrado. El Ambu aScope Gastro permitió realizar el procedimiento de forma cómoda, con calidad técnica, sin necesidad de movilizar ni trasladar al paciente, ni interferir en los dispositivos de control utilizados en la UCI. En esta situación el gastroscofia de un solo uso es ideal al requerir muy poco espacio para su utilización y poder realizarse una gastroscofia de forma urgente sin necesidad de posterior desinfección por personal no cualificado.

