



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 423/59 - CAMBIOS EN EL ECG SIN PATOLOGÍA CARDIACA SUBYACENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. González Armas<sup>1</sup>, C. Gómez Vildosola<sup>2</sup>, D. Santana Castillo<sup>3</sup>, E. Quiroz Flores<sup>4</sup>, L. Díaz González<sup>5</sup>, N. Arencibia Hernández<sup>6</sup>, A. Mateo Acuña<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de 1<sup>er</sup> año Familiar y comunitario. Centro de salud Laredo. Cantabria. <sup>2</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria MIR 1. Centro de Salud de Laredo. Cantabria. <sup>3</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Urgencias del Hospital comarcal de Laredo. Cantabria. <sup>4</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cotolino. Castro-Urdiales, <sup>5</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria 3. Centro de Salud Laredo. Cantabria. <sup>6</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Santoña. Santoña. Cantabria. España, <sup>7</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Cotolino. Casto Urdiales, Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 45 años que acudió al servicio de urgencias hospitalarias, derivado del SUAP, por intenso dolor a nivel epigástrico y alteraciones en el electrocardiograma: elevación del segmento ST en las derivaciones V1 y V2. Como antecedentes personales, destacaba un consumo de 60 gramos de alcohol diarios, que en los últimos dos días había ascendido a más de 200 gramos y un trastorno de ansiedad en tratamiento con Lexatin.

**Exploración y pruebas complementarias:** La exploración abdominal reflejó un intenso dolor a nivel de epigastrio sin signos de irritación peritoneal. Un nuevo electrocardiograma, mostró una elevación del segmento ST en la derivación V2. Tras llevar a cabo una analítica que reveló unos niveles de troponinas anodinas pero una amilasemia de 818 U/L, se decidió realizar un TAC abdominal que resultó ser compatible con pancreatitis alitiásica aguda moderada-grave.

**Juicio clínico:** Pancreatitis alitiásica aguda moderada-grave.

**Diagnóstico diferencial:** Angina o infarto de miocardio, cáncer de páncreas, traumatismo abdominal, hepatitis aguda y crónica, colecistitis aguda, úlcera péptica, obstrucción intestinal.

**Comentario final:** La pancreatitis aguda es la inflamación del páncreas originada por la acción de enzimas pancreáticas activadas, que afecta de forma variable a los tejidos adyacentes y a otros distantes. En nuestro medio, las dos causas fundamentales de pancreatitis aguda son la litiasis biliar y el alcohol. Otras causas menos frecuentes son cirugías, traumatismos abdominales, infecciones, fármacos... El síntoma principal es el dolor a nivel meso-epigástrico con irradiación frecuente hacia la línea media de la espalda, principalmente cuando es de origen litiásico, asociado a náuseas y vómitos. El diagnóstico, se basa fundamentalmente en tres pilares: una exploración abdominal compatible, una elevación sérica de amilasa o lipasa al menos 3 veces el límite superior de la normalidad y hallazgos característicos de pancreatitis aguda en el TAC, RM o ecografía abdominal.

En cuanto al electrocardiograma, la pancreatitis puede reflejar alteraciones en el electrocardiograma, en paciente sin antecedentes de patología cardiaca previa, tales como, taquicardia sinusal, hemibloqueo de la subdivisión anterior y, muy frecuentemente, cambios inespecíficos en la repolarización. Dichas alteraciones no varían según el tipo de pancreatitis ni de los niveles séricos de encimas pancreáticas. El mecanismo fisiopatológico podría ser un reflejo vagal mediado o una respuesta inflamatoria sistémica debido a las enzimas proteolíticas. Por ello, el correcto manejo de la pancreatitis, revierte los hallazgos electrocardiográficos sin precisar un tratamiento específico para ellos. Nuestro papel, como médicos de atención primaria, es correlacionar los hallazgos electrocardiográficos con el contexto clínico y analítico del paciente con el fin de analizar hasta qué punto suponen patología cardiaca aguda.

## **Bibliografía**

Meuleman V, Schinkel A, Vos J. Electrocardiographic abnormalities caused by acute pancreatitis. Netherlands Heart J. 2011;19(3):137-9.

Rubio-Tapia A, García-Leiva J, Asensio-Lafuente E, Robles-Díaz G, Vargas-Voráckoá F. Electrocardiographic Abnormalities in Patients With Acute Pancreatitis. J Clin Gastroenterol. 2005;39(9):815-8.