



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



216/27 - EPIGASTRALGIA-DOBLE DIAGNÓSTICO

P. Jiménez Sahelices^a, I. Rodríguez Marcos^a y M. Fernández Fuente^b

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Sardinero. Santander. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Llano. Gijón.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 85 años AP EPOC, HTA, HBP. Acude a urgencia por dolor abdominal en epigastrio de 3 días de evolución, el dolor lo describe como, constante, como si tuviera un peso encima, que se irradia hacia hipocondrio derecho de forma constante, no tipo cólico, sin cortejo vegetativo, no alteraciones gastrointestinales, el dolor no empeora con las comidas si refiere que como mejor está es tumbado en la cama sin moverse.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 36 °C, TA 106/59 mmHg, FC 81 lpm, SatO₂ 100%. AC rítmico sin soplos. AP roncus dispersos. Abdomen blando depresible RHA+, dolor en hipocondrio derecho Murphy+ EEII no edemas. ECG: T- en cara inferior, troponinas 10 HG leucocitos 12.333, 3% cayados, BQ: PFH AST 100, ALT 60 GGT 120, B 1,2. Eco abdominal: vesícula distendida paredes engrosadas asociado a cambios inflamatorios en la grasa adyacente. Datos compatibles con colecistitis aguda. Ecocardiograma: disfunción grave de VI 25% con hipo quinesia generalizada y aquinesia.

Juicio clínico: Tras ser valorado por la unidad de coronarias es diagnosticado de probable IAM evolucionado sin criterios de revascularización, se traslada a la unidad de coronarias y es valorado por Cirugía General quienes realizan colecistectomía percutánea y recomiendan tratamiento antibiótico endovenoso con ertapenem, en coronarias se instaura adiro y estatinas, el paciente cursa con un FA que revierte con amiodarona y a los pocos días revierten los cambios eléctricos del ECG y mejora la función ventricular (FE 55%), se decide traslado a planta de Geriátrica para recuperación.

Diagnóstico diferencial: Intrabdominal: dolor secundario a la irritación del peritoneo parietal. Perforación de víscera hueca. Úlcera péptica. Apendicitis. Colecistitis. Diverticulitis. Pancreatitis. Endometritis. Rotura de embarazo ectópico. Obstrucción intestinal. Obstrucción biliar aguda. Obstrucción ureteral. Aneurisma aórtico. Infarto intestinal. Extraabdominal: Torácico: neumonía, embolia pulmonar, IAM, rotura esofágica. Neurógeno: dolor de tipo radicular, Tabes dorsal, epilepsia abdominal. 6 Metabólicas: diabetes, cetoacidosis, uremia...

Comentario final: La aproximación diagnóstica al paciente con dolor abdominal agudo se apoya en una anamnesis detallada, una exploración física metódica y un uso racional y eficaz de pruebas complementarias de las que disponemos como la ecografía, que es un método diagnóstico inocuo y fiable. Tiene su principal utilidad en la identificación de patología en el ámbito de hipocondrio derecho, hipocondrio izquierdo e hipogastrio; siendo su gran enemigo la presencia de gas. Otro

problema es que al tratarse de una prueba dinámica depende de la interpretación y experiencia del ecografista. Sus indicaciones más importantes son la identificación de patología hepática y biliar (colecistitis, colangitis, ictericia obstructiva, procesos intrahepáticos), pancreática (aunque dificultado por la presencia de asas intestinales superpuestas), patología a nivel pélvico (tumores, abscesos, embarazo ectópico, etc.). Patología urológica (litiasis renal, Hidronefrosis, absceso perirrenal, etc.). La historia clínica es otro punto fundamental, debería interrogar tres puntos esenciales: antecedentes clínicos del paciente, semiología del dolor y síntomas asociados. Debemos distinguir la ubicación del dolor en el momento de la exploración del paciente, de la ubicación cuando se inició el dolor. Es muy importante preguntar acerca de la intensidad, factores modificadores y síntomas asociados. En nuestro caso el paciente presentaba una combinación de síntomas, de colecistitis y dolor isquémico, comenzó de forma sorda en epigastrio y luego se irradió hacia hipocondrio derecho de forma constante, sin guardar relación con las comidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. clinicalkey.
2. Fisterra.