Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):955

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/2263 - LO QUE PUEDEN ESCONDER UNOS VÓMITOS Y DOLOR ABDOMINAL. UN DIAGNÓSTICO TOTALMENTE INSOSPECHADO

Y. Goliney[1], M. Megia Sevilla[2], O. Goliney[3] y S. Nuñez Santín[3]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Nuestra Señora del Prado. Toledo. [2]Facultativo Especialista en Pediatría. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina. Toledo.

Resumen

Objetivos: Se presenta el caso de una escolar de 12 años que fue valorada por vómitos de 18 horas de evolución, febrícula, dolor abdominal generalizado, más en epigastrio, dolor retroesternal y cefalea leve.

Metodología: En analítica inicial destaca leucocitosis leve (predominio de neutrófilos). A pesar de ingresar con un tratamiento de sueroterapia, antiemético y protección gástrica, continúa con vómitos biliosos y comienza a focalizar el dolor en hemiabdomen derecho. En las siguientes horas es valorada por cirugía general en dos ocasiones, descartando patología quirúrgica. Se realiza ecografía abdominal, destacando un engrosamiento parietal de la vesícula biliar de 6 mm y líquido libre subhepático y en pelvis en moderada cuantía. En analítica de control sólo destaca elevación de GOT (201 UI/L) y fosfatasa alcalina (183 UI/L). Ante la sospecha de colecistitis aguda, se deriva al hospital de referencia para cirugía. Allí se realiza laparotomía exploradora, observándose líquido abundante peritoneal no purulento, apéndice cecal hiperémico e hígado inflamado. Se realiza apendicectomía. Durante la intervención presenta inestabilidad hemodinámica con hipotensión arterial (60/30 mmHg) a pesar de expansión con suero fisiológico y dosis de adrenalina. A su llegada de quirófano inicia TV con pulso, por lo que se intenta cardioversión eléctrica y farmacológica sin éxito. Se realiza ecocardiografía, donde se objetiva disfunción sistólica severa del ventrículo izquierdo (FEVI 15-20%), derrame pericárdico y ascitis leves. Ante sospecha de miocarditis fulminante, se inicia soporte inotrópico, inmunoglobulinas y corticoides IV. Al persistir shock cardiogénico refractario, se canaliza para oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). Antes y durante la canalización presenta 2 episodios de PCR que revierten con maniobras de RCP. En los días posteriores experimenta mejoría progresiva de la función cardiaca, pudiendo ser decanulada 11 días después.

Resultados: Las secuelas que ha presentado la paciente son: disfunción ventricular izquierda leve-moderada, encefalopatía hipóxico-isquémica secundaria (afectación cortical y de ganglios basales) de predominio derecho y crisis comiciales en tratamiento actual con levetiracetam.

Conclusiones: Este caso ilustra lo difícil que es en ocasiones identificar una miocarditis aguda. Los síntomas inespecíficos que presentó y la sospecha inicial de patología abdominal provocaron que se demorará el diagnóstico.

Palabras clave: Vómitos. Miocarditis. Shock cardiogénico.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.