Semergen. 2017;43(Espec Congr 4):166

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

262/90 - ¡DOCTOR, MENUDO DOLOR DE ESTÓMAGO!

F. Soriano Gómez[a] y Á. Martínez Tolosa[b]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba.
[b]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis de Toro. Plasencia. Cáceres.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. HTA bien controlada en tratamiento con enalapril 20 mg/24h, DM 2 en tratamiento con metformina 850 mg cada 12h e hiperuricemia en tratamiento con alopurinol 100 mg cada 24h. Bebedor de una copa de vino y anís diaria. Enfermedad actual: varón de 70 años de edad refiere dolor abdominal en región epigastrio continuo con náuseas sin vómitos no irradiado de inicio brusco por lo que decide ir a su MAP por persistencia de unas 2 h sin mejoría paracetamol. No clínica de insuficiencia cardiaca, no sincope ni palpitaciones ni dolor torácico. No refiere fiebre en ningún momento. Hicimos un ECG en consulta donde se apreciaban alteraciones agudas de la repolarización y una ecografía abdominal y decidimos enviarlo a urgencias para ingreso.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, consciente, orientado en tiempo y espacio, colaborador. Eupneico en reposo. Normohidratado y normoperfundido. Facies álgicas. Afebril. SatO2: 98%. FC: 90 lpm. TA: 158/85 mmHg. Abdomen blando y depresible levemente doloroso a la palpación profunda en epigastrio, no masas ni megalias, Murphy y Blumberg negativo, no defensa ni peritonismo. EEII: no edemas. Pulsos pedios y femorales presentes y simétricos. ECG: RS a unos 95 lpm. Eje normal, QRS estrecho con onda T negativa en I, II y AVL, descenso de ST en V4-V6. GSV: pH: 7,39. HCO3: 23,6. Analítica: Hb14, VCM 102, Hcto 40,3, leucos 9.400, N 85,2%; gluc 154, LDH 242, TG 128, GGT 102, AST 36, ALT 40. amilasa 1.539, Na 138, K4, Ca 10. Rx tórax y abdomen: no impresiona de imágenes patológicas de interés. Ecografía abdominal: el páncreas muestra una ecogenicidad disminuida sin líquido libre alrededor. Vesícula sin litiasis. Ecocoscopia: VI no dilatado ni hipertrófico con muy buena función sistólica. No alteraciones de la contractibilidad segmentaria. VD normal. No valvulopatias. No derrame pericárdico.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda.

Diagnóstico diferencial: Origen abdominal (gastritis, úlcera gastroduodenal, cólico biliar, colecistitis aguda, gastroenteritis aguda, apendicitis; ulcus perforado, rotura de aneurisma de aorta abdominal; de origen extra-abdominal (angor, IAM, pericarditis, tromboembolismo pulmonar masivo) y de origen funcional.

Comentario final: Epigastralgia se define como dolor en epigastrio, situado en la parte superior y anterior del abdomen. El diagnóstico diferencial inicial se basa en la localización, la irradiación y la

migración del dolor. La localización del dolor abdominal orienta la evaluación inicial, los signos y síntomas que lo acompañan. Ante una sospecha de pancreatitis se han desarrollado varias escalas que ayudan a establecer el pronóstico como es la escala de Ranson la cual permite calcular los parámetros al ingreso y a las 48 horas y sin embargo Apache mejores predictores de gravedad.

Bibliografía

1. Gerhardt RT, Nelson BK, Keenan S, Kernan L, MacKersie A, Lane MS. Derivation of a clinical guideline for the assessment of nonspecific abdominal pain: the Guideline for Abdominal Pain in the ED Setting (GAPEDS) phase I study. Am J Emerg Med. 2005;23(6):709-17.
2. Frank B, Gottlieb K. Amylase normal, lipase elevated: is it pancreatitis? A case series and review of the literature. Am J Gastroenterol. 1999;94(3):463-9.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.