



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

## 423/90 - CORAZÓN DE MELÓN. LA IMPORTANCIA DE LAS BANDERAS ROJAS EN EL DOLOR ABDOMINAL

O. Drabovich Drabovich<sup>1</sup>, M. Sánchez González<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SUAP Distrito Sur Sevilla, <sup>2</sup>EM del SUAP Sevilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 68 años con los siguientes AP: espondiloartrosis lumbar, discopatías degenerativas de L5-S1 e IQ: C3-C4/C4-C5 con mielopatía cervical C5-C6. En la actualidad sin FFRCV conocidos ni tratamiento pautado. Motivo de consulta: vómitos persistentes desde cuatro horas antes, asociados a epigastralgia que relaciona con transgresión dietética (medio kilo de melón la noche anterior). No indica diarrea ni fiebre.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hemodinámicamente estable. Sensorio conservado. Buen control de constantes. TA: 120/80 mmHg, Temperatura: 36,6 °C, FR: 12 rpm, FC 63 lpm. SatO2: 96%. Glucemia: 138 mg/dl. ACR: sin hallazgos de interés. Abdomen: blando depresible, no doloroso a la palpación profunda. No masas, megalias ni latidos. Murphy (-). Blumberg (-). Peristaltismo conservado. Se le propone tratamiento parenteral (metoclopramida y butilbromuro de escopolamina IM) que el paciente rechaza por belonefobia. Durante la consulta el dolor se irradia a región interescapular y asocia a nuevo vómito con diaforesis por lo que se decide realizar un ECG donde se evidencia elevación discreta del ST en cara anterior (aV1-2, avR) y T picudas de V2 –V4. Haciéndose el diagnóstico de presunción de SCASEST. Se le administran 300 mg de AAS VO + 300 mg clopidogrel + metoclopramida IVD. Se canaliza vía periférica en MSD y se activa al 061 para traslado al hospital de referencia (crona superior a 120 minutos desde el PCM). TIMI 1 (riesgo bajo de complicación). Evolución: allí se hace una valoración de enzimas cardíacas (con picos de CPK 2.580 y troponinas 11.446) y se procede a una segunda carga de doble antiagregación seguida de fibrinólisis con 8.000 UI de tenecteplase (que fue efectiva) con cambios eléctricos (normalización del St y T(-) en V4-V5) y ICP programada posterior que detecta lesión estenótica en ADA resuelta con implantación de stents farmacoactivos en ADA proximal y media.

**Juicio clínico:** IAM sin elevación del ST (IAMSEST) de localización anterior extenso.

**Diagnóstico diferencial:** Gastroenteritis, dispepsia, gastritis, ulcus péptico, cólico biliar, pancreatitis aguda, SCASEST, radiculalgia, aneurisma disecante de aorta, etc.

**Comentario final:** Lo que en un principio parecía un cuadro de gastroenteritis que no revestía gravedad en un paciente sin AP de FFRCV tras una ingesta copiosa, resultó ser un patología de origen coronario y gracias a la experiencia del médico que lo atendió y que decidió aplicar el protocolo adecuado pudo ser tratado precozmente en el hospital de referencia. El ECG de doce derivaciones es un instrumento accesible, Inocuo, sencillo y rápido de practicar, económico y que aporta gran información siendo la herramienta más útil para descartar los eventos agudos de origen coronario en pacientes con DT en la urgencia extrahospitalaria.

## Bibliografía

Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation:Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2015.

Marzal Martín D, López-Sendón Hentschel JL, Roldán Rabadán I, et al. Proceso asistencial simplificado del síndrome coronario agudo de la Sociedad Española de Cardiología. Actualización 2017.