



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

423/116 - DOLOR EPIGÁSTRICO EN PACIENTE CON INFARTO INFERIOR PREVIO

A. Morán Caballero¹, A. Gutiérrez Pérez de Lis², P. Pascual Blasco³, M. Gómez Sánchez⁴, M. Maamar El Asri⁵, A. Alfaro Cristóbal⁵, M. Nielfa González⁷, J. Bustamante Odriozola⁸, J. Cepeda Blanco², S. Díaz-Salazar de la Flor⁶

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria.²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria.³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Dr. Morante, Cantabria.⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Astillero, Cantabria.⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria.⁷Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud El Alisal, Cantabria.⁸Residente de 3 er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 55 años con antecedentes de hipertensión, diabetes, dislipemia, IAM inferoposterior, ateroesclerosis obliterante e isquemia crónica de extremidades inferiores que acude a urgencias como consecuencia de dolor epigástrico opresivo que irradia a espalda que comienza de forma súbita hace 2 horas en reposo, que asocia náuseas, vómitos sin productos patológicos y sudoración profusa. Refiere así mismo cuadro presincopal confluyente con momento agudo de dolor. No fiebre, no disnea, no diarrea, no otra clínica digestiva o de otra índole asociada. Ante los antecedentes personales del paciente y las características del cuadro se pensó inicialmente en patología coronaria por lo que se solicitó analítica con hemograma, bioquímica y coagulación, radiografía de tórax y electrocardiograma. Tras exploración clínica reglada y resultados analíticos consistentes en leucocitosis, se amplió perfil hepático, amilasa y proteína C reactiva.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 36 °C, TA 90/60 mmHg, FC 110 lpm, Saturación oxígeno 98%. General: malestar general, sudoroso, ligera palidez cutánea, eupneico, orientado. AC: rítmico, taquicárdico, no soplos o extratonos, AP: murmullo normal. Abdomen: doloroso-molesto a la palpación en epigastrio, ligera defensa, no masas o megalías, ruidos normales, no peritonismo. Extremidades normales. Radiografía tórax: normal. Electrocardiograma: ritmo sinusal, 110 lpm, eje+30°, PR > 0,2, QRS 0,12, onda Q en cara inferior. Analítica: hemograma: leucocitosis de $17,2 \times 10^6$ /L con desviación izquierda, resto normal. Coagulación normal. Bioquímica: amilasemia de 1.500 mg/dl, con perfil hepático alterado de predominio colestásico. Proteína C elevada, resto normal.

Juicio clínico: Pancreatitis Aguda probablemente litiasica.

Diagnóstico diferencial: Infarto agudo de miocardio inferior, patología de vía biliar extrahepática, pancreatitis aguda.

Comentario final: Ante un paciente con un dolor epigástrico, múltiples factores de riesgo cardiovascular y vasculopatía conocido, en primer lugar hay que descartar patología emergente como es un infarto agudo de miocardio, ya que las características del dolor, en paciente diabético y la asociación con un cortejo vegetativo es bastante sugerente. El paciente tras descartar patología coronaria y tras los resultados analíticos fue

ingresado en planta de digestivo para control evolutivo, rehidratación y control analgésico.

Bibliografía

Lee CD, Folsom AR, Pankow JS, et al. Cardiovascular events in diabetic and nondiabetic adults with or without history of myocardial infarction. *Circulation*. 2004;109:855.

Yadav D, O'Connell M, Papachristou GI. Natural history following the first attack of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2012;107:1096.