



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

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

A. Morán Caballero<sup>1</sup>, A. Gutiérrez Pérez de Lis<sup>2</sup>, P. Pascual Blasco<sup>3</sup>, M. Gómez Sánchez<sup>4</sup>, M. Maamar El Asri<sup>5</sup>, A. Alfaro Cristóbal<sup>5</sup>, M. Níelfa González<sup>7</sup>, J. Bustamante Odriozola<sup>8</sup>, J. Cepeda Blanco<sup>2</sup>, S. Díaz-Salazar de la Flor<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. <sup>2</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. <sup>3</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Dr. Morante, Cantabria. <sup>4</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Astillero, Cantabria. <sup>5</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. <sup>7</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud El Alisal, Cantabria. <sup>8</sup>Residente de 3<sup>er</sup> 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, aterosclerosis obliterante e isquemia crónica de extremidades inferiores que acude a urgencias como consecuencia de dolor epigastrio 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 presincoopal 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<sup>a</sup> 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 megalias, 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  $17,2 \times 10^6/\text{L}$  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.