



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

423/77 - NO ES SIEMPRE LO QUE PARECE

M. Pinilla de Torre¹, M. Pinilla de Torre², S. Álvarez López³, J. Monsalve⁴

¹Residente de 4º año. Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla, ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomelloso II. Alcázar de San Juan, ⁴Residente de Medicina de Familia y Comunitaria en el Centro de Salud Siete Infantes de Lara, Logroño.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 60 años diabético en tratamiento con antidiabéticos orales que no consultaba a su médico de manera habitual, sufría cuadro agudo de epigastralgia al comer que no cedía con analgesia habitual. Acudió al centro de salud donde realizan electrocardiograma (ECG) objetivándose ascenso del ST II-III, derivándolo al hospital de referencia para realización de pruebas complementarias y tratamiento. En ECG de control se siguió objetivando ascenso del ST y encontraron movilización troponinas hasta 500 ng/l. Se decidió cateterismo urgente que mostró lesiones angiográficamente no significativas (50% obstrucción arteria coronaria) pero se objetivó espasmo coronario, ingresando en unidad de cuidados intensivos por hipotensión arterial y refractariedad al control del dolor, decidiéndose perfusión con opiáceos y calcioantagonistas. Continuaba con gran dolor abdominal e hipotensión arterial no justificable por el vasoespasmo coronario, por lo que se amplió estudio solicitando amilasa: 1.237 U/l con TAC de abdomen que demostró pancreatitis no complicada. Tratamiento con dieta y analgesia con buena evolución, fue dado de alta a Digestivo y posteriormente a domicilio con seguimiento por su médico de atención primaria.

Exploración y pruebas complementarias: Sintomático para epigastralgia intensa, con TA: 90/50 mmHg. FC: 115 lpm. SatO2 97%. Abdomen blando y depresible doloroso en epigastrio. Analítica: leucocitosis 15,150. Troponina: 500 ng/l. Amilasa: 1.237 U/l. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 115 lpm. Ascenso ST de 1 mm en II-III. Cateterismo urgente: lesiones angiográficamente no significativas (50% obstrucción arteria coronaria). Espasmo coronario con fenómeno "milking". Ecocardiografía: función biventricular conservada con cava no dilatada que colapsa con la inspiración Rx tórax: normal. TAC abdomen sin contraste: Pancreatitis no complicada.

Juicio clínico: Síndrome coronario agudo con elevación del ST por vasoespasmo coronario, Pancreatitis aguda no complicada.

Diagnóstico diferencial: Infarto agudo de miocardio, pericarditis, pancreatitis, úlcera péptica, gastritis, ruptura aneurisma, patología esofágica, patología biliar, patología pulmonar.

Comentario final: Ante síntoma de epigastralgia, debemos descartar enfermedades urgentes y orientar el diagnóstico con una buena anamnesis y valorar los factores de riesgo que presente el paciente. En este caso era fundamental diferenciar inicio del dolor tras la comida, pero al tratarse de un paciente diabético que presentaba signos de lesión cardiaca analíticos y eléctricos, era primordial descartar un síndrome coronario agudo que pudiera comprometer su vida y tratarse entonces de una emergencia médica. Al continuar el

paciente con gran dolor abdominal e hipotensión arterial no justificable por el vasoespasio coronario, se amplió estudio solicitando perfil abdominal con amilasa elevada y posterior realización de TAC abdominal con diagnóstico de pancreatitis aguda.

Bibliografía

Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis. UpToDate, 2018.

Management of acute pancreatitis. UpToDate, 2018.

Etiology of acute pancreatitis. UpToDate, 2018.