



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

387/206 - ALTERACIONES ELECTROGRÁFICAS EN PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA

Y. Rodríguez González¹, A. Valdor Cerro², D. Simarro Díaz³, S. López Santos⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Torrelavega. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 75 años que acude por dolor abdominal intenso generalizado, con predominio en epigastrio, de inicio brusco de 6 horas de evolución acompañado de sensación distérmica y náuseas. Refiere una deposición esta mañana de características normales. Niega dolor torácico u otra clínica cardiológica asociada. FRCV: HTA, DLP. Exfumador de más de 80 paquete/año desde hace 6 años. IAM inferior con colocación de stent en 2012 en DAp + 2ª MG. No tiene seguimiento por Cardiología en la actualidad. Último ecocardiograma en 2012: Hipok SIV inferior (y muy discreta de cara inferior) con FE global conservada IM leve. Desprendimiento de retina hace 11 años. IQ: PTC derecha, colecistitis litiasica con colecistectomía en agosto 2018. Tratamiento: Adiro 100, Cardyl 80, Condrosulf 400, Emconcor cor 2,5, NTG 5 parches, Omeprazol 20.

Exploración y pruebas complementarias: T: 37,6 °C. TAS: 212. TAD: 102. FC: 96. MEG. Afectado por dolor. CyO x3. NH. Palidez cutánea. Taquipneico en reposo. CyC: no IY, no se palpan adenopatías. ACP: sin alteraciones. Abdomen: defensa abdominal a la palpación, signos de IP. RHA (+). EEII: no edemas. 1º TC abdomen con contraste: Hígado con rasgos esteatósicos en su parénquima. Páncreas de morfología normal con signos de infiltración grasa en región cefálica. Quiste renales corticales bilaterales, sin dilatación de la vía excretora. No se observa líquido libre ni colecciones intraabdominales anómalas. No se identifican signos radiológicos de neumoperitoneo. Impresión: Sin hallazgos de significación patológica. 2º Bioquímica: glucosa 182 mg/dl, urea 37 mg/dl, creatinina 0,93 mg/dl, TFG 79,6 ml/min/1,73 m², sodio 140 mEq/l, potasio 4,1 mEq/l. Hemograma: leucocitos $8,3 \times 10^3/\text{?L}$, neutrófilos (%) 86,8%, hemoglobina 14, VCM 87,8, plaquetas $162 \times 10^3/\text{?L}$. Coagulación normal. Gasometría venosa: lactato 3,1 mmol/L, pH 7,42, pCO₂ 38, pO₂ 29, HCO₃ 24,6. 3º ECG (1º): RS a unos 120 lpm con EVs frecuentes. Descenso de ST en V1-V3. 4º amilasa 1.727,2 U/l, GPT 246 U/l, bilirrubina total 1,7 mg/dl, troponina I ultrasensible 20,3, PCR 0,3, procalcitonina 0,6. 5º Se recogen hemocultivos (positivos para *Enterococcus faecium* y *Citrobacter freundii*). A las 7 horas del ingreso en la Unidad de Cuidados Intermedios, el paciente se encuentra HD estable. En cuanto a los parámetros analíticos, mejoría de GSV y amilasa. Enzimas cardíacas seriadas negativas y se han corregido las alteraciones en la repolarización que se visualizaron en el ECG. Ingreso en digestivo para control del dolor, sueroterapia y seguimiento de la evolución. Ecoendoscopia: coledocolitiasis. Quiste renal. Esteatosis hepática. Se realiza interconsulta con el Servicio de Cardiología para valoración de hallazgos de ECG que confirma descenso de ST de origen hemodinámico. Ante los hallazgos de la ecoendoscopia con coledocolitiasis se realiza CPRE ambulatoria.

Juicio clínico: Servicio de Urgencias: dolor abdominal/epigástrico con alteración en ECG. Servicio de Digestivo: Pancreatitis aguda alitiásica. Colangitis secundaria a coledocolitiasis.

Diagnóstico diferencial: Perforación intestinal. SCASEST. Pancreatitis aguda.

Comentario final: Resulta necesario el abordaje integral del paciente. Ningún dato clínico ni analítico debe hacernos disminuir el diagnóstico diferencial.

Bibliografía

Ralapanawa U, Jayalath T, Senadhira D. A case of acute necrotizing pancreatitis complicated with non ST elevation myocardial infarction. BMC Res Notes. 2018;11(1):167.