



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



387/133 - EPIGASTRALGIA EN UN PACIENTE JOVEN

J. Capellades I Llopart¹, M. Ramos Oñate², C. Laguna Cárdenas³, L. Fernández-Vega Suárez⁴, E. Saiz Yoldi⁴, A. Ukar Naberan²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Sardinero. Santander. Cantabria.

²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. Cantabria.

³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.

⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 20 años. Acude a urgencias a las 04,00h por presentar intenso dolor abdominal epigástrico irradiado hacia la espalda de 4h de evolución. Refiere el paciente: "es como si me clavaran un puñal en el estómago". No explica fiebre, ni diarrea. No ingesta de alcohol en los días previos, ni comidas copiosas. Niega consumo de tóxicos. Refiere que en 7 días tiene programada una visita con el servicio de Digestivo en su hospital de referencia, ya que desde hace un año presenta epigastralgia, pero nunca de una intensidad tan elevada como la actual.

Exploración y pruebas complementarias: Tº 35,6ºC. TA 120/70. FC 70lpm. REG. Eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Abdominal: blando y depresible, doloroso en epigastrio con irradiación a ambos hipocondrios y espalda. No signos de irritación peritoneal. No se palpan masas ni megalias. Puñopercusión lumbar bilateral negativa. Analítica con pruebas de función hepática: Hemograma sin alteraciones. Bioquímica: Bilirrubina 1,3 mg/dL, AST 155 U/L, ALT 107 U/L, GGT 136 U/L, FA 75 U/L, amilasa 780 U/L. Resto dentro parámetros normalidad. Coagulación sin alteraciones. Ecografía abdominal: Hígado de volumen y ecogenicidad normales, sin lesiones focales. Vesícula distendida con pared de grosor normal. En su luz se identifica material ecogénico correspondiente a barro biliar/microlitiasis. Ectasia de vía biliar fundamentalmente extrahepática con colédoco que alcanza 9 mm de diámetro. A nivel de colédoco distal se identifican defectos de repleción hiperecogénicos intraluminales que corresponden a coledocolitiasis/barro biliar. El páncreas está discretamente aumentado de volumen, de aspecto globuloso, aunque sin exudado ni líquido peripancreático. Conducto de Wirsung no está dilatado. No existe líquido libre intraperitoneal, abscesos ni colecciones.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda de origen biliar.

Diagnóstico diferencial: Pancreatitis. Epigastralgia. Coledocolitiasis. Colecistitis.

Comentario final: La pancreatitis es una enfermedad potencialmente grave, por lo que el inicio del tratamiento debe ser precoz una vez diagnosticado. El paciente que se expone en el caso no es el habitual dado que se trata de un paciente joven, sin antecedentes médicos de interés ni factores precipitantes, como podrían ser la obesidad, el alcohol o una hipertrigliceridemia. El tratamiento

inicial de una pancreatitis se basa en la dieta absoluta, sueroterapia endovenosa y posteriormente fármacos inhibidores de la bomba de protones u omeprazol, aunque los últimos estudios ninguno de ellos ha demostrado grandes beneficios. Del mismo modo debe buscarse el desencadenante de la pancreatitis. En el caso expuesto, el desencadenante se trata de una coledocolitiasis y barro biliar, por lo que tras la resolución de la pancreatitis debe valorarse la realización de una colecistectomía.

Bibliografía

www-fisterra-com.scsalud.a17.csinet.es. (2019). [online] Disponible en: <https://www-fisterra-com.scsalud.a17.csinet.es/guias-clinicas/pancreatitis-aguda/> [Accessed 3 Jan. 2019].

Uptodate.com. (2019). UpToDate. [online] Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/choledocholithiasis-clinical-manifestations-diagnosis-and-management> [Accessed 3 Jan. 2019].