

## 329/179 - EPIGASTRALGIA CON SORPRESA

P. Bermúdez Martí<sup>1</sup>; J. Bustamante Odriozola<sup>2</sup>; K. Baldeón Cuenca<sup>3</sup>; M. Santos Gravalosa<sup>4</sup>; V. Choquehuanca Núñez<sup>5</sup>; B. Coll Bas<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de la Sal. Cantabria. <sup>4</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Medina Pomar. Burgos. <sup>5</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Zabalgana. País Vasco. <sup>6</sup>061. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 17 años sin antecedentes patológicos de interés que refiere dolor abdominal difuso central de meses de evolución que ha aumentado las últimas tres semanas, con náuseas (sin vómitos). Las heces son normales. El dolor aumenta con las comidas y con la presión y disminuye con el calor y las flatulencias. No tiene relación aparente con las deposiciones. Cuenta episodios recurrentes similares cada 2-3 semanas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: Constantes vitales: Temp 36,5°C, TA 135/64 mmHg, FC 82 lpm, FR 12 rpm, ECG 15. Buen estado general. Normohidratado, normoperfundido y normocoloreado. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos en el momento actual. Auscultación pulmonar: buena ventilación bilateral sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible y doloroso a la palpación profunda (no así a la superficial). La puñopercusión renal bilateral es normal. Los ruidos hidroaéreos están presentes y son normales. No tiene Blumberg ni Murphy. Extremidades inferiores: Sin edemas ni datos de TVP. Pulsos pedios presentes. Analítica: No está indicada en el momento actual. Pruebas de imagen: No están indicadas en el momento actual.

**Juicio clínico:** Epigastralgia crónica inespecífica.

**Diagnóstico diferencial:** Úlcera péptica, hernia de hiato, ERGE, pancreatitis, cólico biliar, indigestión o gastroenteritis.

**Comentario final:** Se controla el dolor con metamizol 2 g endovenoso. Dado que el problema es crónico y la interferencia del dolor en la vida del paciente, se remite a consulta preferente de Digestivo para valoración. No se extrae analítica ni radiografía ya que no aportarían información relevante, al tratarse de un dolor similar a las visitas previas. Fue seguido en la consulta de Digestivo donde se le realizó una ecografía (dos formaciones ganglionares significativas en región cervical), un contraste baritado (normal), una gastroscopia (cardias incompetente) y una anatomía patológica de las biopsias obtenidas (negativo). El test de ureasa fue positivo y el cultivo, negativo. Se etiquetó al paciente de infección por H. Pylori y cardias incompetente y se instauró pauta erradicadora de H. Pylori con bismuto 140 mg, metronidazol 125 mg, tetraciclinas 125 mg (3-3-3-3) y omeprazol 20 mg (1-0-1-0) durante 10 días. En la actualidad, está en seguimiento, pendiente de resultados. La infección por H. pylori es la causa fundamental de la enfermedad ulcerosa gastroduodenal y constituye un cofactor primordial en el desarrollo del adenocarcinoma y linfoma gástricos.

## Bibliografía

-Gisbert J. Infección por Helicobacter Pylori. En: Montoro M, García JC (eds). Gastroenterología y hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2<sup>a</sup> Ed Jarpyo Editores. 2012. pp 281-90. [Citado 10 marzo 2018]. Disponible en: [http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/19\\_Infeccion\\_por\\_Helicobacter\\_pylori.pdf](http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/19_Infeccion_por_Helicobacter_pylori.pdf)