



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



469/61 - NO TODO ES LO QUE PARECE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR EPIGÁSTRICO

M. Arrazola Vallejo¹, I. Etxebarria Zurbanobeaskoetxea², O. Juaristi Astiazaran¹, A. Cruz Núñez³, M. Zurbano Araiz¹, M. Sousa Rodrigues², J. Alberdi Alcorta⁴, X. Salio Kortazar⁵

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Martín. Álava. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Aranbizkarra II. Álava. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Olarizu. Álava. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Habana-Cuba. Álava. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olaguibel. Álava.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 39 años, acudió a urgencias por dolor abdominal. Antecedente personal de abuso de alcohol de larga data, relataba dolores abdominales frecuentes desde hacía más de 20 años (barrera idiomática importante, natural de Polonia). Refería dolor abdominal progresivo de 4 días de evolución, hasta hacerse de intensidad 10/10 unas horas antes de acudir a urgencias, focalizado en epigastrio e irradiado a ambos hipocondrios. Asociaba náuseas y vómitos biliosos.

Exploración y pruebas complementarias: Normotenso, taquicárdico, taquipneico. Sudoración profusa. Quebrantado por dolor. Auscultación cardiopulmonar: rítmica con murmullo vesicular conservado. Exploración abdominal dolorosa a la palpación difusa, acentuada en epigastrio. No masas. Defensa voluntaria. Pulsos femorales presentes y simétricos. Resto sin hallazgos. Electrocardiograma: taquicardia sinusal. Analíticamente destacaba alcalosis metabólica (pH 7,5; HCO₃ 26; lactato 1,9); sin hipertransaminasemia ni elevación de amilasa; PCR 1,4; neutrofilia sin leucocitosis; coagulación normal. Radiología simple: radiolucencia subdiafragmática, sugestivo de neumoperitoneo. En analítica de control llamaba la atención leucocitosis de 21.600, sin otras alteraciones. TC abdominal: perforación de víscera hueca, probable úlcera duodenal.

Juicio clínico: Perforación de víscera hueca.

Diagnóstico diferencial: Causas de origen digestivo. Pancreatitis aguda. Úlcera péptica. Gastritis. Reflujo gastroesofágico. Colecistitis. Colangitis. Isquemia mesentérica. Obstrucción intestinal. Perforación visceral. Alteración inflamatoria. Ruptura de aneurisma aórtico abdominal. Causas extradigestivas. Infarto agudo de miocardio. Pericarditis. Neumonía inferior. Tromboembolismo pulmonar.

Comentario final: Inicialmente se interpretó el cuadro como probable pancreatitis aguda, dados los antecedentes de enolismo y la clínica. Ante la ausencia de alteraciones analíticas concordantes y mal control sintomático que precisó de opioides mayores, se completó el estudio con radiología que

mostraba neumoperitoneo secundario a perforación de víscera hueca. Como conclusión final, queremos destacar que es de vital importancia reevaluar a los pacientes y no dejarse sesgar por los antecedentes o exploraciones complementarias anodinas. Nuestra sospecha inicial no siempre se confirma.

Bibliografía

Rodríguez-Lago I, Cabriada JL. Protocolo diagnóstico de la epigastralgia aguda. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2016;12:92-5.

Testor P, González J, Zapata M. Protocolo diagnóstico del dolor agudo en epigastrio. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2019;12:5129-34.

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.