



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/2951 - EPIGASTRALGIA. EL VALOR DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Martínez Seoane^a, M. Aceves Espinaco^b, S. Rodríguez Casillas^c, L. Fernández García^d, H. Mendes Moreira^e y J. Cobo Barquín^f

^aMédico de Familia. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Pola de Siero-Sariego. Asturias. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. Asturias. ^dMédico de Familia. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Lieres. Siero-Sariego. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 41 años que acude a consulta de Atención Primaria (AP) por dolor epigástrico intenso de 10 horas de evolución, no irradiado, con náuseas y sudoración, sin fiebre. Refiere episodios mensuales de epigastralgia desde hace un año, de menor intensidad. Visto en urgencias hospitalarias la semana previa, con diagnóstico de epigastralgia y sin pruebas complementarias. En el centro de salud (CS) se realiza ecografía abdominal, encontrándose colelitiasis múltiple. Se remite a urgencias hospitalarias por sospecha de pancreatitis aguda (PA) biliar.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, constantes vitales normales, auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal, peristaltismo normal. ECG: ritmo sinusal, sin alteraciones de la repolarización. Ecografía en CS: colelitiasis múltiple, no se objetiva engrosamiento de pared de vesícula ni líquido perivesicular; aorta abdominal de calibre normal; no se visualiza páncreas por abundante gas. Hemograma: discreta leucocitosis con desviación izquierda. Bioquímica: amilasa 3.393 U/L, lipasa 7.980 U/L, AST 456, ALT 502, GGT 891, bilirrubina 2,9 (directa 1,3). Coagulación, orina, Rx tórax y Rx abdomen normales. Ecografía en Digestivo: mismos hallazgos que la realizada en AP. TC abdomen: alteraciones compatibles con pancreatitis aguda edematosas.

Juicio clínico: Colelitiasis y pancreatitis aguda de origen biliar.

Diagnóstico diferencial: Colecistitis aguda, colangitis, isquemia mesentérica aguda, perforación de víscera hueca, cetoacidosis diabética, obstrucción intestinal, apendicitis aguda.

Comentario final: Este paciente representa una patología cuya incidencia está creciendo en muchos países, posiblemente en relación con el aumento en la frecuencia de las etiologías más comunes. En España, las causas más frecuentes de PA son la litiasis biliar, el consumo de alcohol y en tercer lugar la hipertrigliceridemia. En este sentido cabe destacar la utilidad de la ecografía clínica en AP. La ecografía abdominal se debe realizar de forma inicial y rutinaria ya que permite descartar gran parte de las etiologías de la PA.

Bibliografía

1. De Madaria Pascual E, Martínez-Sampere J. Pancreatitis aguda. Medicine. 2012;11(8):457-64.
2. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS; American College of Gastroenterology. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. Am J Gastroenterol. 2013;108(9):1400-15.
3. Pancreatitis aguda. Fisterra, 2015. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/pancreatitis-aguda/>

Palabras clave: Epigastralgia. Colelitiasis. Pancreatitis. Ecografía abdominal.