



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4675 - DOLOR EPIGÁSTRICO RECURRENTE

C. García-Giralda Núñez^a, M. Fernández Rodríguez^b, R. Martínez Anda^c y F. García-Giralda Núñez^d

^aHospital Comarcal del Noroeste de Murcia. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Caravaca de la Cruz, Murcia. ^cMédico General. Hospital Bernal, Murcia. ^dEnfermero. Centro de Salud de Bullas.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 73 años, hipertenso en tratamiento, con adecuado control de resto de parámetros cardiovasculares. Consulta en Servicio de Urgencias de Atención Primaria por epigastralgia de horas de evolución, de inicio insidioso, con intensificación de la sintomatología progresiva, sensación nauseosa y vómitos. Sin antecedente infeccioso o fiebre. Lo relaciona a estrés por reciente pérdida familiar y a ingestión de cena de alto contenido graso. En nuestro servicio, se administra sueroterapia, antieméticos y analgesia con respuesta parcial. Posteriormente, el paciente comienza a presentar aumento de epigastralgia, sudoración profusa, hipotensión (90/55 mmHg) y vómitos. Sin irradiación de dolor a miembros superiores, espalda o cuello. Se realiza ECG que muestra mínimo descenso, menor de un milímetro, del segmento ST en V4. Se intensifica analgesia sin resultado, persiste molestia a nivel epigástrico, sudoración y palidez. Se administra nitroglicerina sublingual y carga antiisquémica y se deriva a Hospital de referencia para continuar estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiopulmonar: rítmica, soplo sistólico grado II en foco aórtico. Murmullo vesicular conservado. 76 latidos por minuto. Abdomen: blando, molesto a la palpación de epigastrio, sin otro foco de dolor. Normoperistáltico, normopercutivo, no distendido, sin signos de irritación peritoneal. Analítica: seriación de troponinas negativa. Hemoglobina 13,5, leucocitos 9.800, PCR 4, amilasa 35, bilirrubina directa 0,56, bilirrubina indirecta: 1,2. Radiografía de tórax y abdomen sin hallazgos patológicos. ECG: infradesnivel ST menor de 1 mm en V4.

Orientación diagnóstica: El paciente fue dado de alta con la sospecha clínica de un probable cólico biliar. Cuatro días después, vuelve a consultar por persistencia de molestias epigastrálgicas. No había presentado fiebre o vómitos. Abdomen doloroso a la palpación generalizada, en esta ocasión, focalizando en hipocondrio derecho. Se deriva para nuevo estudio, evidenciando Colecistitis gangrenosa precisando cirugía urgente.

Diagnóstico diferencial: Infarto agudo de miocardio, peritonitis, gastroenteritis, pancreatitis.

Comentario final: Paciente con sospecha inicial de patología isquémica coronaria, presentando posteriormente clínica digestiva larvada; con escasas molestias abdominales tras el alta, permaneciendo afebril en domicilio, que cursa con presentación atípica de colecistitis.

Bibliografía

1. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, et al. Acute cholangitis and cholecystitis: J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007;14:5-26.

2. Borzellino G, Steccanella F, Mantovani W. Diagnosis of severe acute cholecystitis in an emergency setting. 2013;27:3388-95.

Palabras clave: Epigastralgia. Afebril. Colecistitis.