

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

## 424/3346 - EPIGASTRALGIA A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Gutiérrez Puertas<sup>1</sup>, R. Hurtado Soriano<sup>1</sup>, M. Aznar Boyarizo<sup>2</sup> y C. Vélez Cabezuelo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Urbano I. Mérida.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 67 años bebedor moderado y fumador de 4 puros/día, con FRCV de HTA y DM tipo 2. Como antecedentes, presentaba un adenocarcinoma infiltrante de próstata tratado con radioterapia hace 7 años y hemorragia digestiva por duodenitis. Intervenido hace años de pólipos colónicos con displasia de alto grado. Acudió a consulta por presentar dolor abdominal localizado en epigastrio de tipo punzante que no irradiaba y se acompañaba de deposiciones diarreicas sin productos patológicos ( $\times 2$ ) y vómitos ( $\times 2$ ) de 3h de evolución. Negaba dolor torácico, disnea, fiebre ni otra sintomatología. Refería estar en reposo al comenzar el dolor.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 190/100 mmHg. Afebril. FC: 100 lpm. Aceptable estado general. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Palidez cutánea. Auscultación cardiopulmonar: anodina. Abdomen: globuloso, depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. En primer lugar, se solicitó ECG en el que vimos ondas T negativas en II, III y avF y leve descenso de 1 mm en V4-V5-V6. Tras visualizar éste, se administró 1 puff de solinitrina con mejoría de sintomatología, que reapareció a los pocos minutos. Posteriormente en analítica destacaban leucocitos 11.960/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 92,9%, linfocitos 4,8%), CPK 87 mg/dl, TnT 77 ng/ml y PCR 17 mg/dl, por lo que se inició tratamiento con solinitrina en perfusión continua a pesar de lo que persistía HTA de difícil control. RX tórax y abdomen sin hallazgos de interés. Finalmente, se decidió ingreso del paciente para realización de angiografía coronaria, donde se objetivó enfermedad de tres vasos.

**Orientación diagnóstica:** SCASEST.

**Diagnóstico diferencial:** Gastroenteritis aguda. Gastritis. Pancreatitis.

**Comentario final:** El dolor epigástrico agudo es uno de los motivos de consulta más frecuentes, tanto en Urgencias como en AP, por ello es muy importante realizar correctamente el amplio diagnóstico diferencial, que engloba no solo causas digestivas, sino que también existen importantes causas extradigestivas como el síndrome coronario agudo. Para realizar el correcto diagnóstico será fundamental ayudarnos de pruebas complementarias dirigidas por la clínica.

### Bibliografía

1. Rodríguez-Lago JL. Protocolo diagnóstico de la epigastralgia aguda. Enfermedades del aparato digestivo. 2017;12:92-5.

**Palabras clave:** SCASEST. Infarto agudo. Epigastralgia.