



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-203 - LA TRANSCENDENCIA DE HACER UN BUEN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE UNA EPIGASTRALGIA

L. Hernández Martínez^a, V. Blesa Mingarro^b y J. Sosa Pérez^a

^aCS La Cañada. ^bCS Llíria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 70 años que acude al centro de salud, por dolor epigástrico, de aparición aguda, con sensación de quemazón irradiado hacia hipocondrio derecho y espalda. La paciente lo relaciona con una trasgresión dietética producida 3 horas antes. Presenta náuseas acompañado de un episodio de vómitos, 3 deposiciones de consistencia blanda, sin productos patológicos. No sudoración fría, no disnea. El dolor remite por la administración de buscapina i.m y omeprazol v.o. Los antecedentes de la paciente son: HTA y DMNID por tanto se decide realizar un ECG: Ritmo sinusal a 100 lpm con BCRIHH, el cual no se tiene antecedentes previos. Tras la sospecha de epigastralgia, pero con un bloqueo de rama izquierda desconocido y DM II, se decide derivar a la paciente al servicio de urgencias hospitalarias, para ampliar el estudio.

Exploración y pruebas complementarias: En atención primaria: TA: 157/88 mmHg, Fc: 107 lpm, SatO₂: 99%; Consciente y orientada, normocoloreada y normohidratada. Buen estado general. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos y sin soplos. Exploración abdominal: Blando y depresible, dolor a la palpación en epigastrio, ruidos hidroaéreos presentes. No signos de irritación peritoneal. ECG: ritmo sinusal a 95 lpm con BCRIHH. En el Servicio de urgencias: TA: 147/80 mmHg, FC: 98 lpm, SatO₂: 99%. Consciente y orientada, normocoloreada y normohidratada. Buen estado general. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos y sin soplos. Exploración abdominal: blando y depresible, leve dolor a la palpación en epigastrio, ruidos hidroaéreos presentes. No signos de irritación peritoneal. ECG: ritmo sinusal a 100 lpm con BCRIHH. Analítica: Hemograma: Hb: 12,80 g/dl; leucocitos: $11,90 \times 10^9/l$; plaquetas: $222,00 \times 10^9/l$. Bioquímica: glucosa: 166 mg/dl; creatinina 0,73 mg/dl; bilirrubina total: 0,36 mg/dl; GPT: 32 mu/ml; troponina I ultrasensible: 0,756 ng/ml; a las 6h troponina I ultrasensible: 1.760 ng/ml; CK: 253 mu/ml; a las 10h troponina I ultrasensible: 11.800 ng/ml; CK 525 mu/ml.

Juicio diagnóstico: Síndrome coronario agudo.

Diagnóstico diferencial: Nuestra primera sospecha diagnóstico es la epigastralgia como consecuencia de la trasgresión dietética, pero se debe realizar diagnóstico diferencial con cólico biliar, síndrome coronario agudo y pancreatitis aguda.

Comentario final: Este caso nos viene a demostrar que no podemos pasar por alto que los síndromes coronarios agudos pueden simular dolores epigástricos, enmascarando al diagnóstico correcto, por ello ante pacientes con dolor epigástrico junto con FRCV se debe realizar un ECG. Igualmente, si presenta un BRICHH desconocido, debe diagnosticarse como si fuera nuevo y aplicar el protocolo de SCA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres Murillo JM, Jiménez Murillo L, Torres Degayón V, et al. Síndrome coronario agudo. Medicina de urgencias y emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª ed. Elsevier. 2014.
2. Bernal V, Campillo A, Ver V. Protocolo diagnostico del dolor epigastrio. Medicine. 2008;10:109-12.