Semergen. 2016;42(Espec Congr 3):29

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

P-029 - MANEJO Y DESENLACE DE UNA EPIGASTRALGIA NO ESTUDIADA

J.I. Moscosio Cuevas[a] y S. Larrasa Soriano[b]

[a]CS La Fuensanta. [b]CS Guadalquivir.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 81 años residente de un barrio de transformación social, con antecedentes de HTA, tabaquismo, hernia de hiato, cardiopatía isquémica, agenesia renal y colecistectomía, consulta por dolor súbito en epigastrio sin irradiación acompañado de hipotensión y fiebre. Refiere episodios similares pero de menor intensidad. No cortejo vegetativo. Síndrome diarreico de corta evolución sin pus ni moco. No tos ni expectoración, no semiología de insuficiencia cardiaca ni clínica miccional. Tras la exploración física y ante la situación clínica del paciente se deriva al servicio de Urgencias para realización de pruebas complementarias. Tras el resultado de las mismas se decide ingreso del paciente en Medicina Interna para estudio más específico y tratamiento de abscesos hepáticos. Tres semanas después, tras tratamiento hospitalario con ceftriaxona y metronidazol es dado de alta por mejoría clínica y resolución de abscesos. Un mes después, avisan a MAP para visita a domicilio por cuadro progresivo en las últimas 2 semanas de mareo, inestabilidad de la marcha, dificultad para la deglución con náuseas y vómitos, por lo que se decide interconsulta con Neurología, que decide ingreso del paciente para estudio, diagnosticando de encefalopatía por metronidazol, suspendiendo el tratamiento y dando de alta por mejoría notoria. Dos semanas después, el paciente consulta en Atención Primaria por fiebre de hasta 40 ºC acompañada de clínica respiratoria, solicitándose Rx de tórax y comenzando tratamiento antibiótico empírico con levofloxacino. Dos días después, ante la falta de mejoría clínica y la imagen radiológica se solicita valoración de radiografía por radiología a través de consulta telefónica, sospechando imagen de neumonía complicada vs TBC pulmonar y decidiéndose valoración urgente por Neumología a través del servicio de Urgencias hospitalarias, quien ingresa al paciente a su cargo para completar estudio y tratamiento. Finalmente a pesar de llegar al diagnóstico principal de tuberculosis pulmonar activa el paciente falleció a las 3 semanas.

Exploración y pruebas complementarias: Analíticas. Rx abdomen. Ecografía de abdomen, riñón y vías urinarias. Rx de tórax. RMN con contraste de hígado. TC de cráneo. RMN de cráneo. TC de tórax. Broncoscopia.

Juicio clínico: TBC activa (tuberculosis pulmonar y absceso hepático).

Diagnóstico diferencial: Coledocolitiasis, hepatitis, pancreatitis, peritonitis, absceso perirrenal, absceso/quiste hepático, neumonía, enfisema, neoplasias, TBC, fiebre de origen desconocido

Comentario final: La epigastralgia es uno de los motivos más frecuentes de consulta en Atención Primaria, siendo la mayoría de las veces causas que serán tratables y estudiadas en nuestro ámbito, pero siempre debemos estar alerta porque en ocasiones obedece, como en nuestro caso, a patologías graves siendo imprescindible detectarlas cuanto antes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harrison. Principios de Medicina Interna, 16ª ed. México: Mc Graw Hill: 2005.

2. World Health Organization. Global tuberculosis control. WHO Report 2007. Ginebra: WHO; 2007. WHO/HTM/TB/2007.376.

3. Richeldi L. An update on the diagnosis of tuberculosis infection. Am J Respire Crit Care Med. 2006;174:736-42.

4. Suárez JM, Rubio C, García JL, et al. Presentación atípica de tuberculosis peritoneal: Caso clínico diagnosticado por laparoscopia. Rev Esp Enfer Diag. 2007;99:725-8.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.