

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar
mejorar
Avanzar

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

Minimizar
mejorar
Avanzar

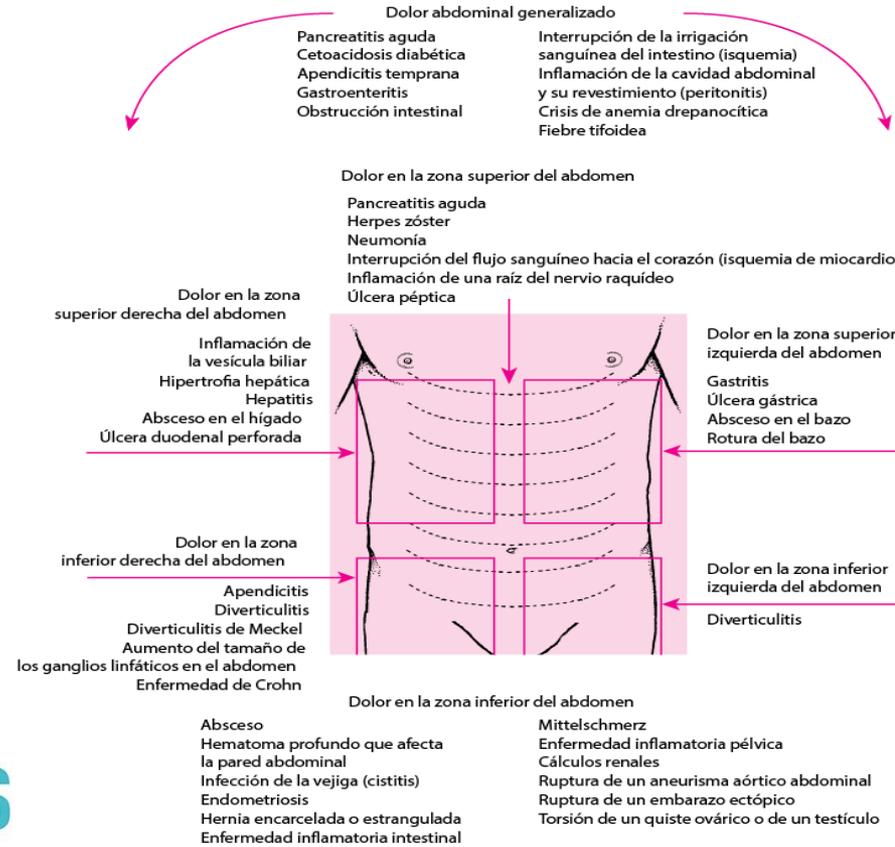
PÓSTER CON DEFENSA

**Epigastralgia de final infausto. No todo es
gastritis**

Apostolidis de Oliveira I, García Barba S, López Matiacci M, Víllora Morcillo N, Prieto Martínez S, Nieto Gabucio N. *Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid*

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS

- El dolor abdominal agudo supone hasta un 10% de las visitas a Urgencias. La mayoría de los casos son benignos y **tan sólo un 5% de las veces requieren ingreso hospitalario.**
- La patología del estómago, hígado, páncreas, vía biliar e intestino delgado proximal se manifiestan con dolor referido a epigastrio.
- El propósito es advertir otras causas menos sospechadas de dolor abdominal, alguna de ellas, grave.



MÉTODOS

Presentamos el caso clínico de una adolescente de 12 años traída al **box vital en situación de shock**.

El día previo había acudido a Urgencias **por dolor abdominal en epigastrio continuo** sin relación con la ingesta de 3 días de evolución. Afebril. No refería náuseas, pirosis, vómitos ni regurgitaciones. Deposiciones Bristol 4 sin productos patológicos. No clínica miccional.

Su pediatra de atención primaria quien detecta llamativa taquicardia en la auscultación cardíaca. Solicita un ECG en el que se manifiesta una **taquicardia de QRS estrecho a 300lpm** e inicia maniobras vagales. Contacta con los Servicios de Emergencias quienes a su llegada objetivan repercusión hemodinámica y tras sedación se administran dos choques de cardioversión eléctrica sincronizada con 1-2J/kg, tres bolos de adenosina a dosis máximas y otro de amiodarona a 5mg/kg sin lograr revertir la arritmia y la trasladan a nuestro centro.

En el ECG a su llegada a nuestra urgencia se objetiva bloqueo auriculoventricular con frecuencia ventricular lenta que permite identificar una taquicardia auricular focal.



Se inicia secuencia ABC y ante ausencia de pulso carotideo reanimación cardiopulmonar. Precisa perfusión continua de adrenalina para su estabilización. Posteriormente se realiza traslado conectada a ECMO a centro de referencia. La arritmia es refractaria a manejo farmacológico, requiriendo ablación de zona arritmogénica. Finalmente fallece en los días posteriores por complicaciones de la ECMO.

RESULTADOS y CONCLUSIONES

- No siempre la causa subyacente en una epigastralgia es patología digestiva. **La patología cardiológica puede cursar con epigastralgia.** Es importante preguntar por palpitaciones, sudoración, poliuria (liberación de péptido atrial natriurético) y datos de insuficiencia cardíaca como disnea y edemas. Debemos recordar realizar exploración física completa.
- El primer paso en el manejo de una taquiarritmia es valorar la repercusión hemodinámica (hipotensión, mala perfusión periférica, cianosis), en caso de haberlo se debe realizar **cardioversión eléctrica a 1-2J/kg tras sedación.**
- En niños mayores y adolescentes la arritmia de QRS estrecho más frecuente es la taquicardia supraventricular por mecanismo de reentrada auriculoventricular, sin embargo nuestra paciente presentaba una taquicardia auricular focal.