



## 264/218 - CUANDO LOS DIURÉTICOS EMPEORAN LOS EDEMAS

A. Hidalgo Rodríguez<sup>a</sup>, M. Leal Lobato<sup>b</sup>, C. Rivilla Doce<sup>c</sup>, M. Mené Llorente<sup>d</sup>, J. Aguirre Rodríguez<sup>e</sup> y M. de Cruz Benayas<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

<sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almanjáyar. Granada. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Chana. Granada. <sup>d</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 57 años hipertenso y diabético que acude a consulta para revisión y control de sus cifras de tensión arterial. El paciente es hipertenso y diabético, y realiza tratamiento con enalapril/HCTZ y gliclazida. Acudió 2 semanas antes por edemas maleolares, por lo que se añadió furosemida a su tratamiento habitual.

**Exploración y pruebas complementarias:** Nos muestra controles tensionales en torno a 145/80 mmHg y apreciamos leve mejoría de edemas maleolares con fóvea +/++++. El resto de la exploración (incluyendo auscultación cardiorespiratoria y palpación abdominal) es normal, por lo que se recomienda mantener medicación y regresar tras 2 semanas. En la siguiente consulta, la TA es de 160/90 mmHg y los edemas empeoran extendiéndose hasta rodillas con fóvea ++/++++, por lo que se decide realizar una analítica (pensando en patología renal, suprarrenal o hepática), un TC abdomen (para descartar patología obstructiva) e intensificar el tratamiento diurético aumentando la dosis. Posteriormente, la analítica resulta anodina, y los edemas continúan empeorando (alcanzan muslos y presenta fóvea +++/++++). En este momento el TC describe una masa pancreática irregular de gran tamaño que infiltra y comprime estructuras vasculares y órganos adyacentes. Ante la sospecha de patología neoplásica evolucionada, se deriva a Digestivo, quien realiza ecoendoscopia y PAAF, realizando el diagnóstico de pancreatitis autoinmune crónica e iniciando tratamiento con corticoides que consigue reducir hasta un 90% la masa pancreática.

**Juicio clínico:** Pancreatitis autoinmune crónica.

**Diagnóstico diferencial:** Carcinoma de páncreas, reacción adversa a medicamentos, síndrome nefrótico, cirrosis hepática, insuficiencia cardíaca, hiperaldosteronismo.

**Comentario final:** La pancreatitis autoinmune (PAI) es una enfermedad fibroinflamatoria sistémica que afecta al páncreas y a otros órganos como los conductos biliares, las glándulas salivares, el retroperitoneo y los nódulos linfáticos. Como criterios diagnósticos destacan: aumento difuso del páncreas (con estenosis irregular difusa o segmentaria del conducto pancreático principal), aumento de IgG4 o autoanticuerpos, o presencia de infiltración linfoplasmocitario y fibrosis en el páncreas.

Tanto la función pancreática como los hallazgos morfológicos son reversibles con el tratamiento esteroideo a dosis altas y presentan muy buen pronóstico.

### **Bibliografía**

1. Okazaki K, Uchida K, Kukui T. Recent advances in autoimmune pancreatitis: concept, diagnosis, and pathogenesis. *J Gastroenterol.* 2008;43:409-18.