



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

387/195 - COMPLICACIONES LOCALES DE LA PANCREATITIS AGUDA

R. López Gil¹, J. Rodríguez Duque², A. Muñiz Abecia³, L. Sáinz de la Maza Herrero¹, R. Navas Pariente⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ²Médico Residente de Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vargas. Santander. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 58 años, hipertenso, bebedor de 10 g OH al día, que tras ser dado de alta el 2/1/19 por una pancreatitis aguda litiásica, se va a domicilio asintomático. Dos días después, acude a su Médico de Atención Primaria por reaparición del dolor en mesogastrio, náuseas y vómitos tras las comidas. Sin fiebre, sensación distérmica y sudoración asociados. Es por ello derivado al S. de Urgencias. No presenta clínica a otros niveles.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 36 °C. TAS: 120 mmHg. TAD: 65 mmHg. FC: 75 lpm. SatO₂: 97%. CyOx3. Normohidratado y normocoloreado. Eupneico. AP: MVC con buena ventilación bilateral. ABD: blando, depresible, dolor difuso generalizado a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. No palpo masas ni megalias, RHA presentes, algo disminuidos. Hemograma y bioquímica: urea, creatinina, bilirrubina total, fosfatasa alcalina, Na, K, cloro, I.N.R. Hemoglobina, normal. Glucosa 200 mg/dL, AST 57 U/L, ALT 169 U/L, gamma-GT 207 U/L, amilasa 181 U/L, leucocitos 17.000, plaquetas 584.000, PCR 14,7. Rx tórax: sin claro derrame pleural ni otros hallazgos. TC abdomino-pélvico: bases pulmonares con atelectasias laminares bilaterales. Hígado de volumen y morfología normales. Porta permeable. Vesícula biliar distendida con litiasis sin signos de colecistitis. Vía biliar no dilatada. Páncreas de volumen normal, contornos mal definidos y densidad heterogénea, rodeado por un componente de exudado parcialmente coleccionado que ocupa toda la celda pancreática y desciende ligeramente por la raíz del meso en contacto con la cara medial de la segunda y tercera porciones duodenales, hallazgos en relación con pancreatitis aguda exudativa. No se observan áreas evidentes de necrosis en la exploración actual. Líquido libre en pequeña cuantía en pelvis.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda exudativa litiásica BISAP 0 de alta reciente, con colección parcialmente definida en la celda pancreática.

Diagnóstico diferencial: Nuevo episodio de pancreatitis, necrosis estéril o infectada, pseudoquiste o absceso pancreático, hemorragia, trombosis venosa, pseudoaneurisma.

Comentario final: Tras un episodio de pancreatitis aguda, en ocasiones pueden aparecer complicaciones locales, por lo que un seguimiento cercano y el conocimiento de los signos de alarma adquieren un importante papel a la hora de detectarlas. Una de ellas, es la formación de colecciones

líquidas. Estas, pueden tanto resolverse espontáneamente, como encapsularse las semanas posteriores, formándose así quistes sin pared epitelial (pseudoquistes). Si la colección está formada por parénquima necrosado, nos encontraremos ante una necrosis organizada, cuyo manejo difiere a las primeras. En nuestro caso, en el TAC abdominal solicitado, se objetivó una formación en forma de colección pancreática, así como persistencia de la leucocitosis, por lo que se decidió ingreso para tratamiento y control evolutivo.

Bibliografía

Romero Romero E. TMA. Pancreatitis Aguda. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. [Internet]. MSD Spain Physicians. [Acceso 2019 Jan 9]. Disponible en: profesionales.msd.es/medicos/recursos_profesionales/manual-12-octubre.xhtml