



212/861 - DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL A ICTERICIA INDOLORA

F.J. Espinet Fonta^a, M.P. Pont Andreu^a, M. Carne Valls^a, E. Ribalta Calvet^a, M.I. Chacón Domínguez^a, M. Espinet Pedrol^b, J. Cortes Genescá^c, M.P. Biendicho Palau^c y T. Alonso Sancho^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Bellpuig. Lleida. ^bEstudiante de Medicina. Universidad de Lleida. Lleida. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de Balaguer. Lleida.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años, enolismo crónico y HTA. Acude al dispensario para control de su HTA. Exploración: TA 152/97, tinte icterico, ligera hepatomegalia. Murphy negativo. Analítica: Hb 13,5 g/dl VCM: 101,4 fl, leucocitos 10.800/mm³, colesterol 1.369 mg/dl, glucosa: 189 mg/dl, triglicéridos: 5.498 mg/dl, FA: 657 U/L, GOT: 376 U/L, GPT: 343 U/L, GGT: 8.869 U/L, bilirrubina total: 5,36 mg/dl, BD 2,49 mg/dl, BI 2,87 mg/dl, LDH, 1.381 U/L, ferritina: 6.076 ng/ml. amilase normal. Ecografía abdominal: hígado con esteatosis, colédoco de 11 mm. Lesión irregular sospechosa de neoformación pancreática. Barro biliar. TC toraco-abdominal: mínima dilatación vía biliar. Un mes después con el paciente en abstinencia enólica, RNM páncreas: aumento difuso de la cabeza del páncreas sin lesión focal, colédoco 8 mm. Triglicéridos: 413 mg/dl, la GGT: 287 U/L, bilirrubina total 0,70 mg/dl, y la amilasa 78 U/L. A los 4 meses se realiza una ecoendoscopia biliopancreática: pancreatitis aguda en fase de resolución. Lóbulo hepático izquierdo y vesícula biliar normales. Colédoco de 6-8 mm En un nuevo control analítico a los 4 meses glucosa: 149, colesterol: 476, GPT: 42, GGT: 604, TG: 3.633.

Exploración y pruebas complementarias: Análisis sanguíneo, Rx tórax y abdomen, ECG, ecografía abdominal, TAC abdominal, RMN páncreas, Ecoendoscopia bilio-pancreática.

Juicio clínico: Ictericia indolora y pancreatitis aguda secundaria a alcoholismo crónico y hipertigliceridemia.

Diagnóstico diferencial: Hepatitis alcohólica, pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia, pancreatitis autoinmune, cáncer de páncreas, vías biliares o barro biliar.

Comentario final: La pancreatitis aguda de sospechase ante paciente con ictericia indolora y hipertrigliceridemia para iniciar estudio y manejo adecuado.

Bibliografía

1. Kamisawa T, Okamoto A. Prognosis of autoimmune pancreatitis. J Gastroenterol. 2007;42:59-62.
2. Caddy GR, et al. Symptoms, diagnosis and endoscopic management of common bile duct stones. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2006;20:1085-101.

3. Lowenfels AB, Sullivan T, Fiorianti I, Maisonneuve P. The epidemiology and impact of pancreatic disease in the United State. *Curr Gastroenterol Rep.* 2005;7:90-5.
4. Kong L, Santiago N, Han TQ, Zhang SD. Clinical characteristics and prognostic factors of severe acute pancreatitis. *World J Gastroenterol.* 2004;10:3336-8.

Palabras clave: *HTA. Ictericia. Pancreatitis aguda.*