



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/672 - SANGRE COMO MANTEQUILLA

M. Delgado Magdalena<sup>a</sup>, A. Viñas Calvo<sup>b</sup>, K. Viera Rodríguez<sup>b</sup>, I. Alcántara Alonso<sup>c</sup>, M. Silvestre Niño<sup>c</sup>, T.M. Biec Amigo<sup>d</sup> y J.M. Flores Acosta<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad de los Periodistas. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentelarreina. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infanta Mercedes. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 52 años, con antecedentes de enolismo crónico, tabaquismo y exfumador de hachís, sin enfermedades médicas, es traído por malestar general, tos productiva y dolor subcostal derecho que aumenta con la inspiración. No ha presentado sensación disneica, distérmica o fiebre. Refiere ayer un vómito alimentario aislado, sin deposiciones diarreicas ni clínica miccional. Niega síndrome constitucional. Situación basal: IABVD. Natural de Sri Lanka, en España desde 1992. Sin domicilio. No ha tenido contacto con su familia desde hace 30 años.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 139/94, FC 108 lpm, T<sup>a</sup> 37,2 °C, SatO<sub>2</sub> 97%. BMT 99 mg/dl. MEG. Deshidratado, desnutrido. Eupneico. No lesiones de venoclisis. En la exploración abdominal destaca dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, RHA positivos, Murphy dudoso. Resto de exploración sin alteraciones. Ante la sospecha clínica de organicidad se deriva a Urgencias Hospitalarias para valoración y realización de pruebas complementarias. La muestra para analítica se encuentra interferida por lipemia y no es posible analizar hemograma ni coagulación, sólo parte de la bioquímica con hallazgos de hipertransaminasemia (GOT 357, GPT 205, GGT 3.707) e hipertrigliceridemia (13.455). Radiografías de tórax y abdomen sin alteraciones. En ecografía abdominal se objetiva dilatación del conducto cístico sin evidenciarse causa obstructiva.

**Juicio clínico:** Pancreatitis aguda edematosa secundaria a hipertrigliceridemia intensa.

**Diagnóstico diferencial:** En función de la clínica basada en dolor en HCD, se plantean: patología de vía biliar (colecistitis, coledocolitiasis, colangitis), perforación/obstrucción intestinal, infarto intestinal, carcinoma pancreático, absceso pancreático, pancreatitis, otras neoplasias, metástasis y traumatismo.

**Comentario final:** Se trata de un caso extremo de hipertrigliceridemia cuyo debut fue dolor abdominal, en un paciente con un entorno biopsicosocial nefasto. La importancia de este caso radica en la anamnesis y exploración física del paciente desde Atención Primaria, ya que constituyen herramientas útiles para el manejo precoz adecuado. La pancreatitis aguda no diagnosticada supone complicaciones locales y sistémicas graves.

## **Bibliografía**

1. Gelrud A, Whitcomb D. Hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis. UpToDate, 2015.
2. Ostabal Artigas M. Pancreatitis due to hypertriglyceridemia treated with plasmapheresis. Gastroenterol Hepatol. 2014;37:492-3.
3. Senosiain Lalastra C. Acute hypertrygliceridemic pancreatitis. Gastroenterología y Hepatología. 2013;36:274-9.

**Palabras clave:** *Dolor abdominal. Hipertrigliceridemia. Pancreatitis.*