



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/672 - SANGRE COMO MANTEQUILLA

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

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. Centro de Salud Ciudad de los Periodistas. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentelarreina. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid. ^eMédico 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^a 37,2 °C, SatO₂ 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.*