



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



329/103 - PANCREATITIS AGUDA

A. del Rey Rozas¹; J. Rodríguez Duque²; M. Tobalina Segura³; M. Gómez González⁴; D. Martínez Revuelta⁵; L. Rodríguez Vélez⁶.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Cantabria. ²Médico Residente de Digestivo. Hospital Valdecilla. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria. ⁴Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria. ⁶Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 57 años con AP de HTA, DM2, DLP y ACVA isquémico frontoparietal izquierdo (2012) que acude a urgencias remitido de su centro de salud por síndrome general de dos meses de evolución acompañado de sensación distérmica, hiporexia con vómitos alimenticios y dolor continuo en epigastrio no irradiado. Deposiciones escasas líquidas sin productos patológicos ni acolia. Refiere orina oscura sin clínica miccional. Se decide ingreso en digestivo con fluidoterapia, antibioterapia de amplio espectro iv y dieta absoluta consiguiéndose mejoría clínica tras 10 días de tratamiento. Se da de alta con controles por su médico de atención primaria y en consultas de digestivo.

Exploración y pruebas complementarias: Temp 36 Cº, TA 172/ 93 mmHg, FC 104 lpm, FR 12 rpm, SatO₂ 97 %. Consciente y orientado. Ictericia conjuntival. Buen relleno capilar. Eupneico en reposo, tolerando decúbito. Lesiones compatibles con queratosis seborreica en tórax y EESS (refiere desde hace años). AC rítmico, taquicárdico, no soplos. AP: MVC, ligeros crepitantes en base derecha. Abdomen: dolor a la palpación de epigastrio. No hepatomegalia. RHA normales. No ascitis. Cicatriz en hipogastrio. Bioquímica: lactato basal 15,2 mmol/l, urea 130 mg/dl, creatinina 1,45 mg/dl, bilirrubina total 2,9 U/l, AST 123 U/l, ALT 319 U/l, GGT 229 U/l, fosfatasa alcalina 115 U/l, amilasa 172 U/l, Na 136 mEq/l, K 4,4 mEq/l, cloro 98 mEq/l, Proteína C reactiva >25mg/dl, filtrado glomerular estimado 45 ml/min, procalcitonina 77,64 ng/l. Hematimetría: leucocitos 10.000/μl (cayados 17%), hemoglobina 13,9 g/dl, plaquetas 49.000/μl. Elemental y sedimento: proteínas totales ++, hemoglobina +++, nitritos negativo, leucocitos +++, leucocitos 30-40 por campo, bacteriuria abundante. TAC abdominopélvico: pancreatitis aguda probablemente litiásica. Área hipodensa mal definida en cabeza pancreática.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda leve litiásica. ITU.

Diagnóstico diferencial: Pancreatitis aguda litiásica, alcohólica. Tumor digestivo (páncreas, colon).

Comentario final: La colelitiasis causa el 40% de las pancreatitis aguda, aunque sólo el 5% de los pacientes con colelitiasis presentan pancreatitis aguda. La hidratación es uno de los pilares del tratamiento de la pancreatitis aguda, ya que suele existir hipovolemia (secundaria a los vómitos) e hipoperfusión pancreática debida a la hipoperfusión y la microangiopatía por edema.

Bibliografía

-Wu BU, Banks PA. Clinical management of patients with acute pancreatitis. *Gastroenterology* 2013; 144(6):1272-81.

-Gardner TB, Vege SS, Pearson RK, Chari ST. Fluid resuscitation in acute pancreatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008;6(10):1070-6.