



160/280 - PANCREATITIS NECROHEMORRÁGICA SIN ALTERACIÓN DE ENZIMAS PANCREÁTICAS

M. Martínez Forcada^a, Y. Barroso Caballero^b, J. Gil y M.B. Lagarón Cabello^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Tudela Este. Navarra. ^bMédico Adjunto de Familia. Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de Corella. Navarra. ^dMédico de Familia. Centro de Salud de Cintruénigo. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 45 años antecedentes de hipertrigliceridemia y desde hace unos 3 meses no ingesta alcohol. Acude a consultas del ambulatorio por dolor abdominal difuso asociado a distensión, con unas décimas de temperatura de casi 24 horas de evolución. En las 2 últimas horas el dolor ha cambiado de intensidad haciéndose continuo a nivel de epigastrio, irradiado en forma de cinturón hacia espalda y que no le cede con analgesia vía oral, con náuseas y sin vómitos. Se pone analgesia y se decide derivar a urgencias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientado temporoespacialmente. Constantes normales, ligera ictericia en escleras, auscultación cardio-pulmonar no patológica. Abdomen distendido, blando depresible con discreta defensa. Dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Murphy dudoso. Peristaltismo presente y puñopercusión renal negativa. En analítica leucocitosis moderada, leve hipocalcemia, enzimas pancreáticas y perfiles hepáticos: ligera elevación de la amilasa con lipasa normal y de la bilirrubina. Pruebas de imágenes convencionales sin alteraciones evidentes, no presencia de derrame pleural. En TAC toraco-abdominal: hallazgos compatibles con pancreatitis necrótica complicada con necrosis de parte del tejido pancreático. Colecciones peripancreáticas. Se decide ingreso, se pauta tratamiento analgésico, antibiótico, antiagregante con heparina. Criterios de Ranson: al ingreso y a las 48h es de pronóstico leve. Criterios de Baltazar E.

Juicio clínico: Dolor abdominal: pancreatitis aguda necrohemorrágica.

Diagnóstico diferencial: Úlcera duodenal penetrante. Colecistitis o colangitis. Pseudoquiste pancreático. Gastroenteritis. Obstrucciones intestinales. Aneurisma de la aorta abdominal. Cálculos renales. Isquemia mesentérica. Colitis isquémica. Aumento de la amilasa y hepatitis.

Comentario final: Es una forma muy grave de pancreatitis aguda, en la que se produce necrosis isquémica y hemorrágica de gran parte del parénquima pancreático, con todas las consecuencias sistémicas que ello conlleva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Puig-Diví V, Guarner L. Pancreatitis Aguda. Protocolo 22. En Protocolos Diagnósticos Terapéuticos en Patología Digestiva Servicio de Aparato Digestivo Hospital General Vall d'Hebron Editorial Prous Science, 1998:191-200.