



## 160/2660 - De la imagen a la realidad: Pancreatitis Aguda Necrotizante

S. Charro Alonso<sup>a</sup>, L.M. Rivera García<sup>b</sup> y R. Díaz Fernández<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Coto. Gijón. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Llano. Gijón. <sup>c</sup>Médico de Familia Residente de 2º año. Centro de Salud Natahoyo. Gijón.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 82 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de HTA, DM tipo 2, fibrilación auricular, y demencia grado 4 de escala GDS, que le condiciona dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, sin antecedentes quirúrgicos de interés, que consulta ante cuadro de 3 días de evolución de náuseas con vómitos biliosos de escasa cantidad, asociando leve dolor abdominal difuso, con deposiciones diarreicas hasta el día de ayer, con tolerancia líquida conservada, y afebril, sin otra sintomatología asociada, presentando un buen estado general pero cierto desasosiego e intranquilidad progresivos, así como una dificultad creciente para comunicarme con la paciente.

**Exploración y pruebas complementarias:** A las 9h en consulta: Tª 36,0 °C. TA 121/84 mmHg. FC 80 lpm. A las 14h en domicilio: TA 87/51 mmHg. FC 140 lpm. FR 21 rpm. con M Venturi al 50% 15 L Sat O2 98%. Consciente y orientada, bien nutrida, leves signos de deshidratación, buena coloración piel y mucosas. Afebril y eupneica en reposo. Agitada. Obesa. Abdomen: globuloso, difícil de valorar, con sensibilidad en cuadrantes superiores, defensa voluntaria en hemiabdomen superior, peristalsis conservada, no peritonismo. No hernias. PPRB negativa. Extremidades inferiores: no edemas, no signos de flebitis ni TVP. Pulsos pedios presentes. Bioquímica: PCR 400, lipasa 800 y bilirrubina total 1,7, resto normal. Hemograma: Hb 19,5, leucocitosis de 17.000 con neutrofilia, resto normal. Coagulación normal. Gasometría venosa: ph 7,526, HCO3 29,4 lactato 1,7, resto normal. Orina normal. Eco-TC abdominal URG Conclusiones: Hallazgos radiológicos compatibles con perforación de víscera hueca, que dada su localización impresionan en la encrucijada gástrica duodenal, asociando cambios inflamatorios en la glándula pancreática en probable relación con pancreatitis.

**Juicio clínico:** ID preoperatoria: Perforación de víscera hueca. ID postoperatoria: Pancreatitis aguda necrotizante.

**Diagnóstico diferencial:** Colecistitis, colangitis, pancreatitis, gastroenteritis aguda, shock.

**Comentario final:** La paciente ingresa para cirugía urgente, no encontrándose perforación de víscera alguna, y objetivándose pancreatitis aguda necrotizante con múltiples colecciones necróticas a distintos niveles de tracto digestivo y líquido libre peritoneal con cultivo positivo para E. cloacae, por lo que precisó tratamiento antibiótico intensivo, con evolución tórpida de las colecciones, siendo dada de alta tras dos meses hospitalizada. Lo destacable de este caso desde la perspectiva de

nuestra práctica diaria como médicos de familia es que se trata de una paciente con un componente de demencia importante, que puede nublar el juicio clínico, y que sólo conociéndola en el día a día de nuestra consulta y gracias a la posibilidad de reevaluación en el domicilio, podríamos valorar que se trata de una patología de presentación atípica de potencial riesgo para la vida, y que precisa de una derivación orientada a los servicios de urgencias donde pueda disponer de las pruebas complementarias necesarias en el tiempo adecuado.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Gauzit R, Pourriat JL. Pancreatitis aguda necrótica. EMC. Anestesia-Reanimación. 2013;39;1-17.
2. Poma EM, Jiménez Urra I, Arana E, Macaya L, Escuchuri J, Lozano O, Rodrigo A, Sesma Sánchez J. Antibióticos y pancreatitis aguda grave en Medicina Intensiva, Madrid, 2008.
3. Madaria E. Últimos avances en pancreatitis aguda. Gastroenterología y Hepatología. 2013;36: 98-102.