



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/1555 - PANCREATITIS COMPLICADA

P. Montalvá García<sup>a</sup>, E. Pérez Castro<sup>b</sup>, N. Arroyo Pardo<sup>c</sup>, G. Molina Barriga<sup>c</sup>, E. Gómez Gómez-Mascaraque<sup>d</sup> y E. Ekech Mesa<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdezarza Sur. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 39 años bebedor de 2 cervezas diarias que acude derivado del centro de salud por dolor abdominal de 1 día de evolución, en región mesogástrica que no mejora con tratamiento sintomático. Ritmo intestinal normal con deposiciones sin productos patológicos. No náuseas ni vómitos. No síndrome miccional.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración ACP normal. Abdominal: RHA conservados. Timpanismo. Dolor abdominal generalizado con predominio en epigastrio con defensa asociada. Murphy negativo. Puñopercusión bilateral negativa. Tacto rectal: dedil con restos de heces de coloración normal. Ampolla rectal libre. ECG: eje normal. Ritmo sinusal a 100 lpm. No alteraciones de la repolarización Rx tórax: ICT normal. No infiltrados ni derrames. No signos de neumoperitoneo. Rx abdomen: gas y heces en marco cólico. Gas distal. Analítica: leucocitos  $15,8 \times 10^3/\text{mm}^3$  con neutrófilos 91,1%. Bioquímica: bilirrubina total 1,5 mg/dl, AST 115 UI/l, ALT 138 UI/l, GGT 762 UI/l, LDH 295 UI/l, amilasa 923 UI/l, lipasa 1.358 UI/l. Gasometría venosa pH 7,328, pO<sub>2</sub> 67,3, pCO<sub>2</sub> 32,9, bicarbonato venoso 17,2. Ecografía de abdomen: hallazgos compatibles con pancreatitis aguda, sin observar colelitiasis. Durante su estancia en Urgencias comienza con Taquicardia a 160 lpm con disminución de diuresis y fiebre de 38 °C. TA 128/60. Se realiza TAC abdominal: Pancreatitis aguda necrotizante que muestra extensa afectación glandular (superior al 70%).

**Juicio clínico:** Pancreatitis aguda necrotizante.

**Diagnóstico diferencial:** Colecistitis, coledocolitiasis, colangitis, pseudoquiste pancreático, aneurisma aorta abdominal, gastroenteritis, isquemia mesentérica, obstrucción intestinal.

**Comentario final:** Las pancreatitis agudas necrotizantes es una causa poco común pero severa de pancreatitis aguda. Constituyen entre el 10 y el 25%. El 45% de las pancreatitis necrotizantes son debido a causa litiásica y el 35% a causa etílica. Tiene una elevada mortalidad y morbilidad debidas al fallo multiorgánico y a la sobreinfección de la necrosis que ocurre en un 40-60% de los casos. Por tanto, es importante una buena identificación de la gravedad de la pancreatitis es para realizar un buen manejo de estos pacientes.

## **Bibliografía**

1. Gauzit R, Barrat C, Coderc E. Pancreatitis aguda necrosante.
2. Flores I, Huang L, López M. Manejo de la pancreatitis necrotizante. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica.
3. Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones de la pancreatitis aguda. Unidad clínica de Aparato Digestivo. Hospital Reina Sofía. Córdoba.
4. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Manual 12 de Octubre, 7<sup>a</sup> ed.

**Palabras clave:** Dolor abdominal. Etanol. Fiebre.