



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 377/64 - PANCREATITIS AGUDA

M. Rodríguez Lavalle<sup>1</sup>, M. Asensio García<sup>2</sup>, E. Domínguez del Brío<sup>3</sup>, M. Martínez Villar<sup>2</sup>, L. Molino Ruiz<sup>4</sup>, A. Empananza García<sup>5</sup>, F. Pérez Fernández<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Centro de Salud Jardinillos. Palencia. <sup>2</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jardinillos. Palencia. <sup>3</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. <sup>4</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Puebla. Palencia. <sup>5</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pintor Oliva. Palencia. <sup>6</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Puebla. Palencia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 46 años. Acude por dolor tipo cólico en hipocondrio y flanco izquierdos de tres días de evolución que ha precisado escasa analgesia, sin náuseas, vómitos, alteraciones del tránsito intestinal ni fiebre. Antecedentes: dislipemia, tabaquismo, enolismo activo, herniorrafia inguinal izquierda.

**Exploración y pruebas complementarias:** Dolor a la palpación en hipocondrio y flanco izquierdos con ligera defensa. Analítica: proteína C reactiva (PCR) 241 mg/ml, leucocitos 16.600/L con neutrofilia, amilasa 90 UI/L. Sedimento de orina: proteínas, hemoglobina peroxidasa, urobilinógeno positivos. Radiografía abdominal: dilatación de asas de intestino delgado. TC abdominal: Pancreatitis necrotizante focal en cola pancreática e imagen de trombo en la vena esplénica. Se trata con sueroterapia, anticoagulación, analgesia, antibioterapia y protección gástrica con excelente respuesta.

**Juicio clínico:** Pancreatitis necrotizante focal en cola pancreática. Trombosis de la vena esplénica.

**Diagnóstico diferencial:** Diverticulitis aguda. Pseudoquiste pancreático abscesificado. Neoplasia pancreática sobreinfectada. Litiasis renoureteral obstructiva. Microperforación intestinal abscesificada.

**Comentario final:** La incidencia de la pancreatitis aguda en España se estima en < 40 casos/100.000 habitantes/año. La litiasis biliar (50%) y alcohol (15-20%) son las causas más frecuentes. Típicamente se manifiesta como dolor súbito "en cinturón", continuo, de intensidad variable. El diagnóstico se realiza a través de la clínica y pruebas de laboratorio. Un valor de PCR > 150 mg/l sugiere la presencia de necrosis pancreática, aunque el gold standard para el diagnóstico de esta complicación es la TC abdominal. Su tratamiento se basa en antibioterapia empírica y necrosectomía en la 3<sup>a</sup>-4<sup>a</sup> semanas de evolución. Una de sus complicaciones es la trombosis esplénica, en > 50%, que se diagnostica mediante ecografía y TC. Puede dar lugar a hipertensión portal izquierda y formación de varices gástricas y/o esofágicas, que ocasionen una hemorragia digestiva masiva que se debe tratar mediante esclerosis endoscópica para controlar el sangrado de

forma temporal hasta la realización de esplenectomía, tratamiento definitivo.

## **Bibliografía**

De Madaria E, Martínez JF. Pancreatitis aguda. En: Montoro MA, García Pagán JC. Gastroenterología y hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2ª ed. Madrid: Jarpyo editores; 2012. p. 629-43.

Nicolás I, Corral MA, Nicolás JM, Gallardo F, Medranda MA. Complicaciones vasculares de la pancreatitis. Rev Clin Esp 2005; 205(7):326-32.