Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):53

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/3595 - UNA HIPERGLUCEMIA POCO INOCENTE

S. Roldán García[a], J.D. Moreno Macías[b] y M.M. Solís Aguilera[c]

[a]Médico de Familia. Epes. Sevilla. [b]Médico Residente. Centro Salud Nuestra Señora de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. [c]Médico de Familia. Distrito Huelva. Huelva.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 55 años, fumador y bebedor, sin otras patologías, presenta malestar general con astenia de seis días de evolución, dolor abdominal leve y difuso, sin alteraciones miccionales ni deposicionales. Acude a urgencias por glucemia 475 mg/dL tomada en centro de salud. Niega pérdida de peso.

Exploración y pruebas complementarias: Deshidratado, febril 38 ºC y eupneico. Hepatomegalia dos traveses, dolor leve a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, sin peritonismo. Glucemia 353 mg/dL, PCR (457,3 ng/dL), LDH (799), AST (59) y amilasa (23). Hiponatremia (128 mg/dL). Anión GAP elevado, pH normal, lactato 1,5 y exceso de bases -9,1. Glucosuria 500 mg/dL, cuerpos cetónicos 100 mg/dL. TAC abdominal urgente compatible con pancreatitis aguda necrótico-hemorrágica, hepatopatía crónica e hipertensión portal.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda necrotizante, con pseudohiponatremia por debut diabético (con descompensación cetósica sin acidosis) y cirrosis hepática.

Diagnóstico diferencial: Cólico biliar, colecistitis, pseudoobstrucción intestinal, pancreatitis aguda, enfermedad inflamatoria intestinal, perforación de víscera hueca y apendicitis aguda.

Comentario final: La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio agudo del páncreas. El dolor abdominal es a menudo el síntoma predominante, en ocasiones acompañado de otras manifestaciones y requiere un alto nivel de sospecha clínica para su diagnóstico. Las pruebas analíticas y de imagen pueden ser normales en las primeras horas, el rendimiento diagnóstico aumenta a partir de las 72h (por lo que una TAC normal no descarta la existencia de una afección pancreática). El tratamiento se basa en controlar el dolor, fluidoterapia, corrección de electrolitos y alteraciones metabólicas. La mayoría de los pacientes no requieren terapia adicional, y se recuperan de tres a siete días. En los casos graves, se recomienda nutrición enteral a través de una sonda nasoyeyunal en lugar de nutrición parenteral. Las complicaciones locales de la pancreatitis aguda incluye el desarrollo de colección necrótica aguda. La aparición de sobreinfección pancreática es la principal causa de morbilidad y mortalidad en la pancreatitis aguda necrotizante, y ante la sospecha se requiere antibioterapia empírica. En pacientes con necrosis infectada que no responden a los antibióticos o clínicamente inestables, se recomienda el desbridamiento de páncreas en lugar de un tratamiento conservador.

Bibliografía

1. Godlevskiy AI, Savolyuk SI, Tomashevskiy YV. Clinical and laboratory features of acute pancreatitis biliary etiology course in patients with diabetes mellitus. Klin Khir. 2015.
2. Rana SS, Sharma V, Bhasin DK, Sharma R, Gupta R, Chhabra P, Kang M. Gastrointestinal bleeding in acute pancreatitis: etiology, clinical features, risk factors and outcome. Trop Gastroenterol. 2015.
3. Zerem E. Treatment of severe acute pancreatitis and its complications. World J. Gastroenterol. 2014.

Palabras clave: *Pancreatitis necrotizante. Litiasis biliar. Hepatopatía alcohólica.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.