



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

423/104 - INUSUAL, PERO REAL: CUANDO LA HIPERTRIGLICERIDEIMIA CONSTITUYE UNA URGENCIA

O. Casanueva Soler¹, R. Maye Sorola², M. Alonso Santiago², M. Cobo Rossell³, P. López Alonso Abaitua², L. Rodríguez Vélez⁴, L. Salag Rubio², D. San José de la Fuente⁵, M. Esles Bolado⁶, S. López Santos⁶

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapotón. Torrelavega. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de la Sal. Torrelavega. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitario. Centro de Salud Puertochico. Santander. ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitario. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Torrelavega. ⁶Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina Interna Hospital Sierrallana. Torrelavega.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 58 años que acude a urgencias por malestar general, sudoración, epigastralgia y náuseas con vómitos alimentarios de unas horas de aparición. Como antecedentes personales destacan una diabetes tipo 2, dislipemia aterógena y síndrome ansioso-depresivo en tratamiento con metformina, estatinas e ISRS. Es divorciada y vive sola, actualmente en paro. Niega hábitos tóxicos, aunque su MAP sospecha abuso de alcohol por analíticas con alteración de pruebas de función hepática con GGT elevada y discreto aumento de transaminasas (GOT > GPT).

Exploración y pruebas complementarias: TA 104/62 mmHg, FC 118 lpm, T^a 38 °C. Regular estado general, consciente y orientada, eupneica en reposo. Abdomen doloroso a la palpación difusa, mayor en epigastrio, sin claros signos de irritación peritoneal, hepatomegalia leve y ruidos presentes. Xantelasmias escasos perioculares. Resto de la exploración sin hallazgos relevantes. En la analítica destacan una hiperamilasemia de 2.670 con hipertrigliceridemia de 1.050. Se realizó un TAC donde se objetivó una pancreatitis exudativa alitiásica.

Juicio clínico: Pancreatitis exudativa aguda con criterios de gravedad probablemente secundaria a hipertrigliceridemia en relación a consumo de alcohol.

Diagnóstico diferencial: La causa más frecuente de pancreatitis en nuestro medio es la colelitiasis, seguida de las producidas por medicamentos, alcohol e hipertrigliceridemia. Cabe destacar que, en el contexto de pancreatitis, la cifra de triglicéridos aumenta debido a la acción de la lipasa pancreática sobre los tejidos. En cuanto a las hipertrigliceridemias, pueden ser primarias o genéticas (pacientes jóvenes con historia familiar sugestiva y estígmas lipídicos) o secundarias a diabetes, medicamentos, gestación, alcohol o hipotiroidismo.

Comentario final: Cifras de triglicéridos mayores a 1.000 aumentan en un 5% el riesgo de padecer pancreatitis, pudiendo ser del 20% con cifras mayores a 2.000, por lo que deben tratarse profilácticamente con fibratos, solos o asociados a estatinas según el SCORE del paciente. Respecto al tratamiento de la pancreatitis por hipertrigliceridemia, no hay estudios en que el fibrato mejorase el pronóstico y la evolución de la misma, pero sí respecto a la fluidoterapia, el ayuno, la insulina en perfusión ev a dosis de 0,2 UI/kg/h y la plasmaféresis.

Bibliografía

Gelrud A, et al. Hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis. UpToDate. 2019.