



387/21 - ME DUELE MUCHÍSIMO LA TRIPA

S. Sánchez Herrán¹, L. Salag Rubio², M. Gómez García³, M. Barroso Delgado³, B. Ricalde Muñoz⁴, E. Bermejo Ruiz⁵

¹Médico de Familia. Centro de Salud Corrales de Buelna. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. ³Médico de Familia. Centro de Salud El Sardinero. Santander. Cantabria. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud La Barrera. Castro Urdiales. Cantabria.

⁵Médico de Familia. Centro de Salud Vargas. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Se trataba de una paciente mujer de 49 años que refería cuadro de 3 días de evolución de molestias abdominales difusas comenzando esa misma mañana con dolor "en la boca del estómago" que describía como "una puñalada" acompañada de un vómito alimentario, sin fiebre. Antecedentes personales: consumo activo de alcohol, pancreatitis aguda de origen alcohólico con necrosis y pseudoquistes, neoplasia de cérvix estadio IIB (tratado con cirugía, quimioterapia y radioterapia), cistectomía + conducto ileal, histerectomía radical, reparación de fistula vesico-vaginal + reimplante ureteral derecho, colostomía derivativa. Antecedentes familiares: hermana con neoplasia de ovario y tía con neoplasia de útero.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada, muy afectada por el dolor (entraba arrastrándose por la puerta, casi no se podía mantener en pie), pálida, sudorosa, taquicárdica, taquipneica, sudorosa. Abdomen: imposible de palpar, con ruidos +. Se decidió traslado a urgencias para valoración y tratamiento. Se pautó analgesia intravenosa. Durante el traslado fue mejorando el dolor. Ya en urgencias se realizó analítica: destacaba amilasa de 1.018,3 y TAC abdominal donde se objetivaba pancreatitis aguda moderada-severa con pérdida de definición de la glándula pancreática y extensa afectación peripancreática (presencia de abundante cantidad de líquido peripancreático con extensión a ambos espacios pararrenales anteriores y a la raíz mesentérica). Se decidió ingreso para hidratación abundante y sueroterapia, así como control del dolor con analgesia hasta mejoría clínica y radiológica. Desde el comienzo del ingreso, presentó dolor abdominal mal controlado asociado a vómitos profusos, decidiéndose colocación de sonda nasogástrica, cesando dichos vómitos. Tras 48 horas mejoría del dolor y de los vómitos, se retiró sonda y fue disminuyendo la analgesia. Se inició dieta líquida con buena tolerancia y se progresó hasta dieta blanda. Actualmente sin dolor y con recuperación del tránsito intestinal.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda alitiásica de etiología alcohólica.

Diagnóstico diferencial: Con otras enfermedades que provocan dolor abdominal e hiperamilasemia como colecistitis aguda, colangitis, isquemia mesentérica aguda, perforación de víscera hueca, cetoacidosis diabética, obstrucción intestinal, apendicitis aguda y embarazo ectópico.

Comentario final: En España, las causas más frecuentes de pancreatitis aguda son la litiasis biliar, el consumo de alcohol y, en tercer lugar, la hipertrigliceridemia. El diagnóstico se basa en la clínica, pruebas de laboratorio y métodos de imagen. El paciente debe permanecer en ayunas para conseguir el reposo funcional del páncreas y la mejoría del dolor. Los pacientes leves requieren rehidratación con fluidos endovenosos hasta que se inicie la dieta oral. En los últimos años destacan estudios que comparan la utilidad de la alimentación por sonda nasogástrica frente a dieta absoluta en pacientes con PA leve. Estos estudios concluyen que los pacientes tienen buena tolerancia a la nutrición disminuyendo la intensidad y duración del dolor, la necesidad de tratamiento con opiáceos y el riesgo de intolerancia a la realimentación oral.

Bibliografía

De Madaria E, Martínez-Sempere JF. Pancreatitis aguda. Disponible en:
https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/42_Pancreatitis_aguda.pdf