

329/68 - EPIGASTRALGIA AGUDA

M. Santos Gravalosa¹, L. Griga², M. Labrador Hernández³, R. Taipe Sánchez⁴, M. Noe Madrid⁴, J. Bustamante Odriozola⁵.

¹Médico de Familia. Centro de Salud Medina Pomar. Burgos. ²Médico de Familia. Centro de Salud Noja. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria. ⁵Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 42 años, que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal, localizado en epigastrio y mesogastrio, de 12 horas de evolución, que se irradia a espalda, acompañado de vómitos, malestar general, así como leve disnea sin fiebre asociada. No toma ningún tratamiento farmacológico, y niega ingesta de alcohol.

Exploración y pruebas complementarias: EF: palidez cutánea. TA 112/70 mmHg, FC 100 lpm, FR 20 rpm, temp 37,8°C, Sat O₂: 94%. ACP: rítmico sin soplos, buena ventilación bilateral sin ruidos añadidos. Abdomen: distendido, blando, depresible, ruidos presentes, doloroso a la palpación profunda en epigastrio. No masas ni megalías. PC: Hb 13,9 g/dl, Hcto 44,3 %, leucocitos 14.000/ml (N 70%), plaquetas 252.000/ml; sodio 124 mg/dl, potasio 3,37 mg/dl, glucemia 130 mg/dl, amilasa 537 U/l. Pruebas de coagulación normales. Suero lipémico. PCR 6,5 mg/l, colesterol total 490 mg/dl, triglicéridos 1.050 mg/dl. Ecografía: páncreas aumentado de tamaño con aumento difuso de su ecogenicidad, presencia de líquido peripancreático, no litiasis.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia.

Diagnóstico diferencial: Úlcera péptica, cólico Biliar, colecistitis aguda, cetoacidosis diabética, obstrucción intestinal, perforación visceral.

Comentario final: La hipertriglyceridemia es una causa poco frecuente de pancreatitis aguda (1 a 4%). Es la causa más común después de alcoholismo y litiasis. Es responsable de 56% de las pancreatitis en el embarazo. Se requieren niveles de triglicéridos (TG) > 1.000 mg/dl. Aunque la presentación clínica es similar a otras etiologías, existen algunas características que deben tomarse en cuenta para el diagnóstico tales como diabetes mal controlada, alcoholismo, obesidad, embarazo, pancreatitis previas e historia personal o familiar de hipertriglyceridemia. En cuanto al tratamiento, además del manejo convencional con analgesia, reposo intestinal e hidratación, se debe tratar de que disminuyan los TG hasta valores menores de 500 mg/dl. Se han propuesto varias modalidades de tratamiento para conseguir tal objetivo, como la plasmaféresis, la terapia con insulina y el uso de heparina. La plasmaféresis permite bajar los niveles de TG en un período corto de tiempo, pudiendo ser beneficioso en casos severos que comprometan la vida. La infusión de insulina en pocos días logra disminuir los niveles. El uso de la heparina está descrito en varias series basando su efecto sobre los triglicéridos en la estimulación de la liberación endotelial de la lipoproteína lipasa; sin embargo, su uso es controvertido, dado que tal liberación es seguida por una mayor degradación hepática de la heparina,

provocando un agotamiento de los depósitos plasmáticos de la lipoproteína, lipasa y aumenta el riesgo de sangrado. Para la prevención de nuevos episodios de pancreatitis se requieren cambios en los estilos de vida como dieta baja en grasas y carbohidratos simples, la abstinencia del alcohol, el control de los factores secundarios como la diabetes, y la interrupción de la medicación que esté implicada. Los fibratos son los medicamentos de primera línea.

Bibliografía

- Khan AS, Latif SU, Eloubeidi MA. Controversies in the etiologies of acute pancreatitis. *JOP*. 2010; 11(6):545-52.
- Scherer J, Singh VP, Pitchumoni CS, Yadav D. Issues in hypertriglyceridemic pancreatitis: an update. *J Clin Gastroenterol*. 2014; 48(3):195-203.
- Senosiain C, Tavío E, Moreira V, Maroto M, García MC, Aicart M y cols. Pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia. *Gastroenterol Hepatol*. 2013; 36(4):274-9