

329/173 - DOCTOR ME DUELE LA TRIPA, PERO ES QUE YO BEBO LO NORMAL

O. Fernández Casares¹; S. Lisca Pérez²; D. Santana Castillo³; A. Vega Zubiaur¹.

¹Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barrera. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Barrera. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años, HTA, exfumador, historial de alcoholismo crónico en tratamiento de deshabituación. EPOC. Medicación habitual: disulfiram, alopurinol, carbimida, tetrazepam, indacaterol/glicopirronio y valsartán. Acude a Urgencias Hospitalarias por dolor abdominal en epigastrio y mesogastrio, de carácter punzante e intensidad elevada, irradiado a dorso, vómitos biliosos, sin fiebre ni alteración del tracto gastrointestinal. Afirma ingesta de alcohol en cuantía elevada en las últimas 48h.

Exploración y pruebas complementarias: Eupneico, CyO. Afectado por el dolor. Chapetas malares y arañas vasculares. ACP: Rítmica, crepitantes bibasales. Abdomen distendido, escasos ruidos, doloroso a la palpación en epigastrio y región periumbilical, sin signos de irritación peritoneal. Analítica: leucocitosis 18.500/?l con desviación izqda. Hb 15,5 g/dl, BT 1,2 mg/dl, BI 0,8 mg/dl, amilasa 1.735 U/l, K+ 5,5 mEq/l, PCR 0,4 mg/dl. Rx tórax: tórax sucio bilateral, elevación del diafragma izqdo y signo de Chilaiditi. Rx abdomen: distensión de asas de intestino delgado, gas distal. Eco abdominal: área pancreática invaluable por meteorismo. Líquido libre perihepático, periesplénico y en ambos espacios perirrenales anteriores. Ingresa en Medicina Interna con diagnóstico de pancreatitis aguda de etiología alcohólica para fluidoterapia y completar estudios. A las 24h inicia con fiebre de hasta 38,9°C y aumento de PCR hasta 24,4 mg/dl, por lo que se inicia tratamiento con meropenem y posteriormente linezolid. A las 48h comienza con disnea súbita que precisa oxigenoterapia, se repite una nueva Rx tórax en la que se observa derrame pleural izqdo. Ante la evolución tórpida se decide traslado del paciente a UCI. En UCI se solicita Body-TC: pancreatitis aguda con signos radiológicos sugestivos de pancreatitis necrotizante. Pasa posteriormente a planta de Digestivo donde realiza picos de fiebre a pesar del tratamiento. Se repite Body-TC: hallazgos de similar cuantía al TC previo y se inicia tratamiento con pancreatina. Tras una semana ingresado presenta buena evolución quedando asintomático.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda grave de origen alcohólico.

Diagnóstico diferencial: Pancreatitis aguda litiasica, pancreatitis aguda metabólica.

Comentario final: La pancreatitis aguda por alcohol supone la segunda causa más frecuente de pancreatitis aguda tras la litiasica. Es la primera causa en varones. La elevación de la amilasa sérica 3 veces por encima de lo normal es sugestiva de pancreatitis aguda mientras que cifras superiores a 1.000 U/l son prácticamente diagnósticas. Nuestro paciente presentaba dolor abdominal asociado a antecedente de ingesta de alcohol junto a una amilasa de 1.735 U/l. Dada la mala evolución se repitió el TC de contraste que objetivó pancreatitis necrotizante tratada con meropenem, linezolid y pancreatina. Como médicos de Atención Primaria ante un

dolor en epigastrio de carácter punzante relacionado con ingesta de alcohol y asociado a vómitos debemos pensar en pancreatitis como uno de los principales diagnósticos etiológicos, además es muy importante concienciar al paciente de que la abstinencia total de alcohol es la primera medida que deben llevar a cabo para evitar un posible nuevo episodio.

Bibliografía

- Domínguez Muñoz JE. Pancreatitis aguda. Gastroenterol Hepatol. 2006;29(Supl 2):77-84.
- Maraví Poma E, Zubia Olascoaga F, Petrov MS et Al. SEMICYUC 2012: Recomendaciones para el manejo en cuidados intensivos de la pancreatitis aguda. Med Intensiva 2013;37(3):127-218.