



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/557 - Doctor, no paro de vomitar

G. Lorenzo González^a, C. Fernández Expósito^b, D. Leal Rodríguez^b, J.A. Castillo Serrano^c, M. Rodríguez Cortés^c, J.L. Blanco Paños^d y C. Robla Parra^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona I. Albacete. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona I. Albacete. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona I Albacete. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Zona I. Albacete. ^eMédico de Familia. Urgencias. Complejo Universitario del Hospital de Albacete. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 51 años que acude a Urgencias por cuadro de 4 días de vómitos y disminución de la diuresis. Antecedentes personales: no RAMc. Fumador de 40 paquetes/año. Bebedor 120 g/día de alcohol. No FRCV.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: TA: 105/60 mm/Hg. FC 62 lpm. Sat O2 100%; Palidez mucocutánea y sequedad de mucosas. Regular estado general. Abdomen: dudosos empastamiento periumbilical izquierda; resto sin interés. Exploraciones complementarias: glucosa 218 mg/dl; urea 96 mg/dl; creatinina 4,4 mg/dl, amilasa 287 U/L; hemoglobina 14,8 g/dl; VCM 94,4, HCM 32, plaquetas 271.000, leucocitos 13.180 con N 10.480. Resto sin interés; Coagulación: sin interés; Sedimento orina: leucocitos 500, nitritos negativos. Urobiliojeno 4, bilirrubina 3, hematíes 250, EFNa 1. Bacteriuria intensa y piuria.

Radiografía tórax: sin interés; Radiografía abdomen: calcificaciones a nivel de región pancreática.; Ecografía abdominal: estómago de retención con dilatación duodenal hasta su tercera porción, donde se observan imágenes que impresionan de engrosamiento parietal como posible causa pseudoobstructiva. En cabeza de páncreas, proceso uncinado, múltiples imágenes ecogénicas puntiformes en probable relación con pancreatitis crónica. Resto sin hallazgos de interés; TC toraco-abdomino-pélvico: masa que parece depender de la cabeza/proceso uncinado del páncreas y envuelve el duodeno con engrosamiento parietal del mismo. Impresiona de cava infiltrada. Importantes calcificaciones de pancreatitis crónica en el uncinado.

Adenopatías locoregionales y retroperitoneales. Masa en glándula suprarrenal izquierda, neoplasia vs metástasis. Gastroscopia: esofagitis por reflujo II/IV, hernia de hiato, estenosis posbulbar de aspecto inflamatorio con compresión extrínseca. Ecoendoscopia: proceso uncinado aumentado de tamaño con spost hiperecogénicos y áreas microquísticas con múltiples calcificaciones en su interior que presenta un continuum con la pared duodenal que está engrosada y en el espesor de ésta existe al menos una lesión quística tubuliforme. Resto sin interés.

Juicio clínico: Pancreatitis del surco. Fracaso renal agudo prerrenal. Infección del tracto urinario. Esofagitis por reflujo grado II.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia pancreática. Pancreatitis crónica. Pancreatitis del surco.

Comentario final: El paciente precisó nuevo ingreso en Medicina Interna tras ingesta de alcohol, resolviéndose el cuadro a los días. Se encuentra actualmente asintomático tras abstinencia de alcohol y

tabaco, y ha sido dado de alta en de Cirugía General. La pancreatitis del surco o pancreatitis de Groove es una forma segmentaria de pancreatitis crónica caracterizada por la presencia de fibras cicatrales en el área del surco pancreatoduodenal. Se le conoce también como distrofia quística de la pared duodenal. Es una entidad rara cuya patogenia no está clara, pero que habría que tener presente en el paciente con dolor abdominal de origen inexplicado y como diagnóstico diferencial del carcinoma de cabeza de páncreas; ya que, tanto el tratamiento como el pronóstico, difieren en gran medida. Afecta sobre todo a varones entre 40-50 años y que presentan una historia de abuso de alcohol.

BIBLIOGRAFÍA

1. Badía Bartolomé C, Díaz Formoso FJ, Rodríguez Falcón R, et al. Pancreatitis del surco y su diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma de páncreas. Gastroenterol Hepatol. 2009;32(1):22-8.
2. Palomeque Jiménez A, Pérez Cabrera B, Navarro Freire F, et al. Pancreatitis del surco en el diagnóstico diferencial del adenocarcinoma de páncreas. Cir Esp. 2014;92(2):127-41.