Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1240

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/451 - Es solo un dolor de estómago

G. Cueto González[a], M. Cruz Divison[b] y G.O. Restrepo Castaño[c]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Albacete. Zona II. Albacete. [b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Hellín II. Albacete. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salvador Allende. Hospital La Fe. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: niega alergias. Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, trombosis venosa profunda de repetición. Tratamiento actual: valsartan 160 mg c/24 horas, metformina/sitagliptina 50/1.000 1 c/12h, gliclazida 30 mg c/8 horas, insulina glargina 0-0-34 U, simvastatina 40 mg c/24h, acenocumarol según pauta. Enfermedad actual: paciente mujer de 64 años que acude a la consulta por referir leve dolor en epigastrio, de ocho horas de evolución con aumento de intensidad, que se irradiaba a hipocondrio derecho, náuseas sin vómito, afebril, el dolor cedió parcialmente con antiinflamatorio vía oral, tras ser valorada, se decide derivar a urgencias hospitalarias, la paciente acude tras cuatro horas por empeoramiento de su cuadro, el dolor se irradiaba a ambos hipocondrios, náuseas con vómitos alimentarios luego biliosos, dos deposiciones diarreicas, además tos continua con mocos blanquecinos, niega fiebre u otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: leve palidez cutáneo-mucosa, TA: 164/91, FC: 105 lpm, Tª. 36,2º, SatO2: 88-89% basal. AP: hipoventilación generalizada con crepitantes en ambas bases y algún roncus aislado. Abdomen: peristaltismo disminuido, blando con dolor difuso a la palpación principalmente en epigastrio, Murphy (+). Resto normal. Analítica: GOT: 362, LDH. 735, amilasa. 3.826, índice ictérico. 3. GPT 79, GGT 315, FA 132, calcio 7,1, P 1,8, PCR 302, VSG 120. Hb 11, Leuc. 13.080 (N. 11.960). Eco abdominal: vesícula biliar no distendida, con contenido litiásico y de paredes de calibre dentro de la normalidad. Mínima cantidad

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

de líquido perihepático alrededor del hilio así como en pelvis. Páncreas no se visualiza por gases. Rx tórax: cardiomegalia, patrón retículo-nodulillar bilateral, de predominio en ambos lóbulos superiores. Tomografía toraco-abdominal con CIV: en tórax; infiltrados bibasales y derrame pleural izquierdo. En abdomen; aumento difuso del páncreas con abundante cantidad de líquido peripancreático y en espacio pararrenal anterior izquierdo parcialmente coleccionado en relación a pancreatitis aguda grado E de Balthazar.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda grave de origen biliar.

Diagnóstico diferencial: 1. Colecistitis aguda. 2. Úlcera péptica.

Comentario final: La pancreatitis aguda es una enfermedad común, que puede ser leve o grave, en el último caso puede haber una respuesta inflamatoria sistémica. Los mecanismos asociados en la insuficiencia respiratoria aguda asociada a PA son complejos y probablemente sin diferencia significativa de otras causas de insuficiencia respiratoria. Se presenta el caso de una paciente con clínica de pancreatitis aguda grave que presenta una insuficiencia respiratoria como complicación de esta patología, pero que dado el manejo adecuado evoluciona favorablemente, por ello es necesario identificarlo y realizar un tratamiento oportuno y de soporte efectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ledesma-Heyer JP, Amaral JA. Pancreatitis aguda. Med Int Mex. 2009;25(4):285-94.

2. Santander MDV. Soporte nutricional en la pancreatitis aguda. Nutr Hosp. 2005;20(Supl 2):25-7.

3. Flores MAR, Werge RG, García OI, Vargas E, Tellez D, Vuduyra MAM, Ibarrola JBC. Evaluación de las escalas y factores pronóstico en pancreatitis aguda grave. Cirujano General. 2005;27:2005.

4. Barreda L, Targarona J, Rodríguez C. Protocolo para el manejo de la Pancreatitis Aguda Grave con necrosis. Revista de Gastroenterología del Perú. 2005;25(2):168-75.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.