



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

212/1520 - ¡Todo por querer ser madre!

P. Silva Gamarrá^a, S. Álvarez Mesuro^b, A. Saiz Peña^a, M.C. Vargas-Machuca Cabañero^b, E. Miravalles Fernández^c y M.J. Piñero Acín^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. Centro de Salud Guayaba. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico de Familia. Centro de Salud los Rosales. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 35 años. Antecedentes: tiroidectomía por carcinoma papilar de tiroides, e hipoparatiroidismo secundario. En tratamiento de fertilidad, con estimulación ovárica 2 semanas antes. Presenta mareo con vómitos incoercibles, mal estado general, fiebre de 38,5 °C, dolor en hipocondrio izquierdo y diarrea con heces acólicas.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general. Palidez cutánea. Dolor a la palpación de hipocondrio izquierdo, sin masas, megalías, ni peritonismo, ruidos presentes. Resto anodino. Analítica: calcio: 8,13 mg/dl, ALT: 141 UI/l, AST: 241 UI/l, GGT: 291 UI/l, bilirrubina: 0,56 mg/dl, FA: 111 UI/l, LDH: 508 UI/l, amilasa: 124, triglicéridos (TGs): 7.524 mg/dl, colesterol: 935 mg/dl, PCR: 0,05 mg/l, lipemia: 802. Hemograma normal. Ecografía: ovario izquierdo aumentado de tamaño, con múltiples folículos, compatible con hiperestimulación ovárica. Ovario derecho no identificado.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia.

Diagnóstico diferencial: Cálculos biliares. Alcohol. Idiopática. Posquirúrgicas, postCPRE, traumáticas. Fármacos. Fibrosis quística. Cáncer pancreático o periampular.

Comentario final: La hipertrigliceridemia causa un 4% de las pancreatitis agudas. Los ácidos grasos resultantes de la lipólisis de los TGs producen inflamación pancreática, y complicaciones como la necrosis pancreática. En este caso, destaca la estimulación ovárica con hiperestrogenismo y aumento secundario del perfil lipídico. Estos tratamientos están desaconsejados en pacientes con TGs > 500, teniendo que descartar dislipemias congénitas. El tratamiento de la pancreatitis es común, independientemente de su causa, pero en hipertrigliceridemias debemos realizar tratamiento hipolipemiante para evitar nuevas crisis de pancreatitis aguda y otras complicaciones propias de los estados hiperlipémicos.

Bibliografía

1. Fortson MR, Freedman SN, Webster PD 3rd. Clinical assessment of hyperlipidemic pancreatitis. Am J Gastroenterol. 1995;90:2134.
2. Toskes PP. Hyperlipidemic pancreatitis. Gastroenterol Clin North Am. 1990;19:783.
3. Chang CC, Hsieh YY, Tsai HD, et al. Acute pancreatitis in pregnancy. Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei). 1998;61:85.

4. Berglund L, Brunzell JD, Goldberg AC, et al. Evaluation and treatment of hypertriglyceridemia: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012;97:2969.
5. Toouli J, Brooke-Smith M, Bassi C, et al. Guidelines for the management of acute pancreatitis. *J Gastroenterol Hepatol.* 2002;17 Suppl:S15.

Palabras clave: *Pancreatitis aguda. Hipertrigliceridemia. Estimulación ovárica. Estrógenos.*