



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/432 - Disnea en paciente con pancreatitis crónica y pseudoquiste

R. Bernal Bernal^a, A. Lidón Mazón^b y D. Simón González^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Federico Rubio. Puerto de Santa María.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 49 años que consulta por dolor en hemicuerpo izquierdo con irradiación a hombro de 4 días de evolución, que empeora con la ingesta de alimentos. Asocia escasa tolerancia a sólidos y, en últimos días a líquidos, presentando vómitos posprandiales. AP de hepatopatía por VHC, SCA con enfermedad de DA media y distal que precisó ACTP con colocación de dos stent. Pancreatitis crónica calcificante con pseudoquiste pancreático en seguimiento por digestivo con TAC tres meses previos a la consulta informado como pseudoquiste con extensión a mediastino de $10 \times 7 \times 13$ a nivel retrocardiaco que comprime AI y venas pulmonares. Tras mejoría inicial con meperidina y primperan IV, se produce un empeoramiento abrupto del dolor torácico retroesternal, asociando disnea y desaturación de 80% sin mejoría con O2 suplementario, así como abolición del murmullo en hemicuerpo izquierdo. Ello motiva su ingreso en UCI, requiriendo IOT y VM.

Exploración y pruebas complementarias: MEG. Ictericia conjuntival y cutánea. Taquipneico con SatO2 del 80% con O2 en alta concentración. Glasgow 15. ACP con abolición de murmullo en hemicuerpo izquierdo, tonos taquicárdicos regulares sin sopro. Abdomen: doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio izquierdo. Neurológica: normal. Constantes: TA 163/112 mmHg, FC 123 lpm, SatO2 80%. Analítica a su llegada con Hb 12,10 g/dl y VCM de 94,10 fl, 11,74 k leucocitos. Bioquímica con amilasa de 278 U/l, PCR de 1,30 mg/dl, GGT 92 U/l, Na+ 130 mmol/L. Resto normal. TAC: gran derrame pleural izquierdo con atelectasia prácticamente completa del pulmón. Compresión cardiaca (cavidades izquierdas) y desviación del mediastino hacia la izquierda. Compresión del pulmón izquierdo con infiltrado en vidrio delustrado periférico con infiltrado en vidrio delustrado periférico en este pulmón.

Juicio clínico: DP por rotura de pseudoquiste pancreático

Diagnóstico diferencial: Neumonía, neumotórax, TEP, SDRA, acidosis metabólica, IAM, EAP, rotura valvular, taponamiento cardiaco, rotura de pseudoquiste, perforación víscera hueca.

Comentario final: La comunicación pancreático-pleural es una situación infrecuente que ocurre en el 0,4-1% de los pseudoquistes pancreáticos. Su presentación clínica puede ser poco aparente y su evolución de gravedad variable.

Bibliografía

1. Iribarren Díaz M, Castro Parga G de, Díaz Cardamas P, Freiría Barreiro G, Pérez Domínguez L, Rivo Vázquez A, et al. Comunicación pancreático-pleural secundaria a pseudoquiste pancreático: una

complicación de evolución variable. Rev Esp Enferm Dig. 2008;100:730-1.

Palabras clave: *Dolor abdominal. Pseudoquiste pancreático. Pancreatitis crónica. Dolor torácico.*