



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

## 242/2820 - DESCIFRE CADA PRUEBA COMPLEMENTARIA

M. Montes Pérez<sup>a</sup>, J. Villar Ramos<sup>b</sup>, D. Fernández Torre<sup>c</sup>, A. Blanco García<sup>d</sup>, P. López Tens<sup>e</sup> y M. Guerra Hernández<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 71 años, NAMC, IABVD, exfumador, bebedor 60-80 g etanol diarios, previamente 120 g diario, AP: dislipemia, hiperuricemia asintomática, SAOS, obesidad, esteatosis hepática-hepatopatía por depósito, quiste renal complejo. Tratamiento habitual: omeprazol, allopurinol, simvastatina, ebastina. En las últimas 24h dolor abdominal generalizado, focalizado en hipogastrio, asocia vómitos e intolerancia oral. No diarrea, orina de coloración normal, sin sensación distémica. Ha finalizado tratamiento con ciprofloxacino reciente por ITU.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup> 36 °C. TA 157/67. Fc 82 lpm. FR 16 rpm. Consciente y orientado, ictericia cutáneo-escleral. Deshidratación de mucosas, bien perfundido, eupneico en reposo. Abdomen: algo distendido, blando, dolor a la palpación en epigastrio sin signos de peritonismo. RHA ausentes. Analítica: Hematimetría: leucocitos 14,1, hematíes 5,05, hemoglobina 16,9, plaquetas 246. Bioquímica: glucosa 168, urea 51, creatinina 1,05, bilirrubina total 5,2, AST 332, ALT 539, gamma-GT (GGT) 1916, fosfatasa alcalina 359, amilasa 1439, Na 137, proteína C reactiva 5,7, filtrado glomerular 71. Elemental y sedimento: densidad 1.021, pH 5,0, proteínas totales +, glucosa negativo, cuerpos cetónicos +, bilirrubina ++, hemoglobina negativo, nitritos negativo, urobilinógeno +++, leucocitos +, sedimento leucocitos/campo: 3 a 5. Presencia de cilindros hialinos. Mucina abundante. Ecografía abdómino-pélvica: hepatopatía por depósito/esteatosis. Vesícula normodistendida con barro biliar y microlitiasis, Páncreas con lipomatosis. Riñones: quistes corticales simples bilaterales de hasta 5 cm, el del RI con un tabique fino en su interior. Próstata aumentada de tamaño.

**Juicio clínico:** Pancreatitis aguda BISAP 1 origen litiásico. Colelitiasis.

**Diagnóstico diferencial:** ITU. Cólico nefrítico. Úlcera péptica perforada. Perforación intestinal. Oclusión intestinal. Cólico biliar. Colecistitis. Disección o ruptura de aneurisma de aorta abdominal. Isquemia intestinal aguda. Apendicitis. Peritonitis aguda.

**Comentario final:** Nuestro paciente ingresa por cuadro de pancreatitis leve. Se realiza ecografía donde se objetiva colelitiasis, y se amplía el estudio con colangio-RM que confirma la presencia de colelitiasis sin coledocolitiasis. Se pauta analgesia, sueroterapia con buena evolución estando asintomático con tolerancia oral positiva al alta pendiente de valoración en consulta por el S. Cirugía general. Toda prueba complementaria alterada ha de ser estudiada en su contexto clínico. Mayoritariamente será la clínica del paciente quien prime en las decisiones terapéuticas de urgencia, no por ello olvidar resultados analíticos

relevantes que puedan dirigir el diagnóstico definitivo.

## Bibliografía

1. Busquets J, Peláez N, Secanella L, Darriba M, Bravo A, Santafosta E, et al. Evolución y resultados del manejo quirúrgico de 143 casos de pancreatitis aguda grave en un centro de referencia. *Cir Esp*. 2014;92(9):595-603.

**Palabras clave:** Urobilinógeno.