Semergen. 2016;42(Espec Congr 4):9

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

216/30 - Pancreatitis aguda litiásica. A propósito de un caso

I. Rodríguez Marcos[a], P. Jiménez Sahelices[a] y A. Marcos Martín[b]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Sardinero. Santander. [b]Médico de Familia. CS Los Castros. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 68 años que acude a la consulta por dolor abdominal intenso de 24 horas de evolución que le interfiere con el descanso nocturno y no mejora con paracetamol. El dolor se localiza en epigastrio y, además, se asocia a un vómito alimenticio. Progresivamente, el dolor se irradia a hipocondrio derecho. No presenta fiebre ni coluria. Como antecedentes personales presenta HTA, dislipemia y diabetes.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, afebril, con TA 122/69 y FC 90 lpm. El abdomen está blando y depresible con dolor a la palpación profunda a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho con Murphy positivo. Derivamos al paciente al servicio de urgencias hospitalarias donde realizan analítica destacando alteración de la función renal (FG 41) con aumento de la bilirrubina (2,6) y alteración de las pruebas de función hepática (GOT 259, GPT 404) y pancreática (amilasa 403). Asimismo, presenta leucocitosis (23.300) con desviación izquierda. En la ecografía destaca la distensión de la vesícula biliar con paredes engrosadas y pequeñas litiasis en su interior compatible con colecistitis. En el TAC se aprecia además aumento de densidad en la grasa de la región peripancreática compatible con pancreatitis aguda litiásica.

Juicio clínico: Colecistopancreatitis aguda litiásica.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Mirizzi, colangitis aguda o coledocolitiasis.

Comentario final: La impactación de un cálculo en la ampolla de Váter dificulta el drenaje de la secreción pancreática, ocasionando la inflamación del páncreas. La etiología biliar es la primera causa de pancreatitis aguda. Clínicamente, se caracteriza por dolor epigástrico en cinturón y, analíticamente, cursa con hiperamilasemia y alteración del perfil hepático. La ecografía abdominal es la prueba que se debe realizar de forma inicial y rutinaria ya que permite descartar gran parte de las etiologías de la pancreatitis aguda. En caso de no ser diagnóstica se debe valorar la realización de otras pruebas de imagen como un TC o una ecoendoscopia. Nuestro paciente fue tratado con hidratación y meropenem mejorando significativamente a los pocos días. Sin embargo, continuó presentando dolores intermitentes en epigastrio durante los meses posteriores por lo que se decidió realizar colecistectomía laparoscópica que supone el tratamiento definitivo y se recomienda realizar en las 2-4 primeras semanas tras el alta hospitalaria para prevenir recurrencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Naya Cendón C. Guía clínica de pancreatitis aguda. Fisterra.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.