

## 347/3932 - DOLOR ABDOMINAL

M. García Pino<sup>a</sup>, A. Martínez Más<sup>b</sup>, L. Bernal Martínez<sup>c</sup> y L. Amer Al-Arud<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Alberca. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Urgencias Hospital Santa Lucía. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palmar. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 40 años de edad que acude a Urgencias por dolor abdominal a nivel de hipocondrio izquierdo de inicio progresivo de 4 días de evolución, irradiado a mesogastrio que se exacerba con los movimientos y la inspiración profunda. No náuseas ni vómitos. Afebril. Antecedentes de pancreatitis aguda biliar. Intervenida de neoplasia de yeyuno e íleon. Colecistectomizada. Tras valoración física y pruebas complementarias se decide ingreso a cargo de Cirugía General. Se inicia tratamiento con antibiótico y drenaje radiológico.

**Exploración y pruebas complementarias:** Abdomen: masa dolorosa a nivel de hipocondrio izquierdo-flanco. No irritación ni defensa. Ecografía: imagen de pseudoquiste pancreático gigante adherido a pared posterior gástrico con signos de sobreinfección. Líquido libre en pelvis menos y perihepático. Signos de pancreatitis crónica. TAC contraste: Páncreas con alteración de su atenuación, área focal hipodensa de 16 mm en la cola y leve dilatación Wirsung. Imagen quística adherida a pared posterior gástrica de hasta 14 mm con nivel líquido. Analítica: Hb 7,7, Hto 25,9%, leucocitos 20.900 (N91,1%). PCR 25,99.

**Orientación diagnóstica:** Pseudoquiste pancreático gigante.

**Diagnóstico diferencial:** Duplicaciones intestinales. Abscesos. Divertículos gástricos o duodenales.

**Comentario final:** El pseudoquiste pancreático se define como una colección de más de 4 semanas de evolución, limitada por una pared fina de tejido reactivo granulomatoso o conectivo, sin revestimiento epitelial (a diferencia de los quistes verdaderos) y cuyo aspirado demuestra líquido estéril, hipocelular y rico en enzimas pancreáticas, secundario a la extravasación de estas últimas (1-10). Se presentan como complicación en el 15% de las pancreatitis agudas, relacionándose también con pancreatitis crónicas e ingesta crónica de alcohol (75%). Se localizan dentro o fuera del páncreas y su pared puede relacionarse con estructuras adyacentes, como el estómago, el colon transverso o la pared abdominal. Clínicamente se presentan en pacientes con consumo crónico de alcohol, cuadros previos de pancreatitis, dolor abdominal, pérdida de peso, y al examen físico puede palparse una masa epigástrica.

### Bibliografía

1. Greenberger NJ, Toskes PT. Acute and chronic pancreatitis. En: Braunwald E, Hauser SL, Fauci AS, et al., eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. McGraw-Hill; 2001: p. 1792-804.

2. Howell DA. Diagnosis and management of pseudocysts of pancreas. UpToDate, version 16.3, 2008. Disponible en: <http://www.uptodate.com>. Accessed May 12, 2010.
3. Steer ML. Cystic lesions of pancreas. UpToDate, version 16.3, 2008. Disponible en: <http://www.uptodate.com>. Accessed May 12, 2010.

**Palabras clave:** Ecografía. Páncreas. Pseudoquiste.TAC.