



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3026 - MALESTAR GENERAL. DORSALGIA Y ANURIA DE 24 HORAS DE EVOLUCIÓN

C. Arenas Traverso, M. Núñez Prieto y L. Muñoz Olmo

Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Santa María del Puerto. El Puerto de Santa María. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente con dorsalgia de 24 horas de evolución, dolor abdominal y anuria. Previo a la consulta, episodio de hipotensión en domicilio con mala recuperación. El día previo ingesta de comida copiosa con distensión. Acude ese día a urgencias y se trata como dolor mecánico con medicación intramuscular sin mejoría. Como antecedentes, 68 años sin reacciones alérgicas a medicamentos, hipertenso, dislipemia, ACV sin secuelas. Fibrilación auricular. En tratamiento con sintrom, rosuvastatina, losartan 100.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial 90/60 saturación 92% 36° frecuencia cardíaca 117, glucemia 95. Mal estado general, sequedad mucosas, disneico, ictericia de piel y conjuntivas. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos con murmullo disminuido en base derecha. Dolor en hemiabdomen derecho, epigastrio e hipogastrio con peristaltismo conservado sin defensa. Se solicita traslado a hospital de referencia. Se pauta sueroterapia. A destacar, trombopenia y coagulopatía, creatinina 2,73, amilasa 267, bilirrubina total 13,14 a expensas de la directa. PCR 408,9. Radiografía de tórax con cardiomegalia, derrame pleural derecho. ECOFAST con colelitiasis. Líquido libre perirrenal izquierdo. En TAC toracoabdominopélvico, derrame pleural, atelectasia, dilatación de vía biliar extrahepática con colangitis. Colelitiasis. Plastrón inflamatorio a nivel de retrohepático y pararrenal posteroinferior derecho confirmado por colangioRMN así como marcada lipomatosis de la glándula pancreática. CPRE con esfinterotomía endoscópica y limpieza de vía. Toracocentesis con líquido exudado. Citología negativa. Se procede a la colocación de drenajes ecoguiados torácico y abdominal. Se aísla en cultivos Klebsiella pneumoniae. Evolución favorable. Alta y programación de colecistectomía.

Orientación diagnóstica: Pancreatitis litiásica.

Diagnóstico diferencial: Colelitiasis, colangitis, derrame pleural, absceso retroperitoneal.

Comentario final: El dolor abdominal supone un motivo muy frecuente de consulta. Importante la anamnesis y exploración para descarte de patológicas torácicas que simulan patología abdominal. La pancreatitis aguda es un cuadro caracterizado por un dolor abdominal frecuentemente con irradiación a la espalda, náuseas y vómitos. Las dos causas más frecuentes en nuestro medio son la colelitiasis y la ingesta excesiva de alcohol. Como complicaciones con necrosis infectada, absceso, hemoperitoneo o seudoquiste requieren la realización de técnicas de drenaje percutáneo, endoscópico y/o quirúrgico.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Palabras clave: Ictericia. Dolor abdominal.