

377/64 - PANCREATITIS AGUDA

M. Rodríguez Lavalle¹, M. Asensio García², E. Domínguez del Brío³, M. Martínez Villar², L. Molino Ruiz⁴, A. Emparanza García⁵, F. Pérez Fernández⁶.

¹Centro de Salud Jardinillos. Palencia. ²Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jardinillos. Palencia. ³Médico de Familia. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. ⁴Médico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Puebla. Palencia. ⁵Médico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pintor Oliva. Palencia. ⁶Médico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Puebla. Palencia.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 46 años. Acude por dolor tipo cólico en hipocondrio y flanco izquierdos de tres días de evolución que ha precisado escasa analgesia, sin náuseas, vómitos, alteraciones del tránsito intestinal ni fiebre. Antecedentes: dislipemia, tabaquismo, enolismo activo, herniorrafia inguinal izquierda.

Exploración y pruebas complementarias: Dolor a la palpación en hipocondrio y flanco izquierdos con ligera defensa. Analítica: proteína C reactiva (PCR) 241 mg/ml, leucocitos 16.600/L con neutrofilia, amilasa 90 UI/L. Sedimento de orina: proteínas, hemoglobina peroxidasa, urobilinógeno positivos. Radiografía abdominal: dilatación de asas de intestino delgado. TC abdominal: Pancreatitis necrotizante focal en cola pancreática e imagen de trombo en la vena esplénica. Se trata con sueroterapia, anticoagulación, analgesia, antibioterapia y protección gástrica con excelente respuesta.

Juicio clínico: Pancreatitis necrotizante focal en cola pancreática. Trombosis de la vena esplénica.

Diagnóstico diferencial: Diverticulitis aguda. Pseudoquiste pancreático abscesificado. Neoplasia pancreática sobreinfectada. Litiasis renoureteral obstructiva. Microperforación intestinal abscesificada.

Comentario final: La incidencia de la pancreatitis aguda en España se estima en 40 casos/100.000 habitantes/año. La litiasis biliar (50%) y alcohol (15-20%) son las causas más frecuentes. Típicamente se manifiesta como dolor súbito “en cinturón”, continuo, de intensidad variable. El diagnóstico se realiza a través de la clínica y pruebas de laboratorio. Un valor de PCR > 150 mg/l sugiere la presencia de necrosis pancreática, aunque el gold standard para el diagnóstico de esta complicación es la TC abdominal. Su tratamiento se basa en antibioterapia empírica y necrosectomía en la 3^a-4^a semanas de evolución. Una de sus complicaciones es la trombosis esplénica, en > 50%, que se diagnostica mediante ecografía y TC. Puede dar lugar a hipertensión portal izquierda y formación de varices gástricas y/o esofágicas, que ocasionen una hemorragia digestiva masiva que se debe tratar mediante esclerosis endoscópica para controlar el sangrado de forma temporal hasta la realización de esplenectomía, tratamiento definitivo.

Bibliografía

De Madaria E, Martínez JF. Pancreatitis aguda. En: Montoro MA, García Pagán JC. Gastroenterología y hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2^a ed. Madrid: Jarpyo editores; 2012. p. 629-43.

Nicolás I, Corral MA, Nicolás JM, Gallardo F, Medranda MA. Complicaciones vasculares de la pancreatitis. Rev Clin Esp 2005; 205(7):326-32.