



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

O-092 - A PROPÓSITO DE UN DOLOR ABDOMINAL

E. Prieto Piquero, M. Cordero Cervantes, R. Cenjor Martín y E. Cano Cabo

Hospital Universitario Central de Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 30 años, acude a su centro de salud por dorsalgia tras epidural hace 5 meses. La paciente refiere que el dolor no es continuo. Comienza en región dorsal y se irradia hacia abdomen, a nivel de ambos hipocondrios. En ocasiones acompañado de vómitos. No refiere alteraciones del tránsito intestinal. No disuria ni problemas urológicos. Tampoco fiebre ni sensación distérmica. El dolor impresiona en ese momento de dolor mecánico por lo que es dada de alta con analgesia habitual. No obstante, acude esa noche a Urgencias por agudización del dolor.

Exploración y pruebas complementarias: Bien hidratada y perfundida. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, no palpo masas ni megalias. Peristalsis conservada. Puñopercusión renal bilateral negativa. Analítica con amilasa 927 U/L, lipasa 2.894 U/L, ALT 70 U/L, AST 52 U/L, GGT 324 U/L. Ecografía abdominal: Vesícula de pared hiperecogénica bien distendida con contenido múltiple ecogénico subcentimétrico con sombra y móvil. Colédoco sin contenido.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda.

Diagnóstico diferencial: Debemos descartar colecistitis o colangitis, pseudoquiste pancreático, aneurisma de aorta abdominal, cálculos renales, gastroenteritis, isquemia mesentérica, colitis isquémica, obstrucción intestinal, úlcera duodenal, hepatitis.

Comentario final: La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio agudo, desencadenado por la activación inapropiada de enzimas pancreáticas, con lesión tisular, respuesta inflamatoria, compromiso variable de otros tejidos o sistemas orgánicos distantes. Es habitualmente un proceso reversible. Se clasifica como aguda a menos que existan hallazgos por tomografía computarizada o por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica de pancreatitis crónica. La sintomatología puede estar precedida por un cólico biliar o consumo de alcohol dentro de las 72 horas previas. Habitualmente se localiza en todo el hemiabdomen superior, hipocondrio derecho, más raramente, al lado izquierdo. El dolor empeora en decúbito y el 50% de los casos irradia a espalda “en cinturón”. Suele ser de intensidad creciente, alcanzando un máximo en 30-60 minutos, y pudiendo permanecer constante durante horas o días. Las náuseas y los vómitos están presentes en el 80%. Puede incrementarse la temperatura. Puede existir poca correlación entre la intensidad del dolor y los hallazgos de la exploración abdominal. A nivel cutáneo podemos encontrar ictericia secundaria a coledocolitis u otra causa de obstrucción de la vía biliar, o incluso por enfermedad hepática coexistente. La equimosis periumbilical (signo de Cullen) o en flancos (signo de Gray-Turner) son raros e indican mal pronóstico. La necrosis grasa subcutánea, que se manifiesta en forma de nódulos subcutáneos y paniculitis, habitualmente en las extremidades inferiores, es característica pero infrecuente. Existen diversas

complicaciones tanto sistémicas como locales, entre las primeras destacan la aparición de shock, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal, fallo multiorgánico, hemorragia digestiva e íleo paralítico. Entre las locales debemos tener en cuenta las hemorragias retroperitoneales, colecciones peripancreáticas agudas, trombosis de vena esplénica, trombosis portal, necrosis de colon transverso, entre otras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ibáñez Pinto A, Palao Bastardes G, García Cerrada C. Pancreatitis. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica del Hospital Universitario 12 de Octubre. 5^a edición.