

DOLOR ABDOMINAL Y PANCREATITIS AGUDA

Autores: Teresa E. Oliva González (1), Álvaro Muñoz Galindo(2), Andrea Montiel Moreno (3), Laura Quijada Gutiérrez (2), Miriam de Mata Iglesias (1), Herver Andrei Silva Vicuña (1)

(1)Centro de Salud San Bernardo, (2)Centro de Salud La Alamedilla, (3)Centro de Salud Castro Prieto

UNIDAD DOCENTE MULTIDISCIPLINAR ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA SALAMANCA

INTRODUCCIÓN:

La pancreatitis aguda se trata de una inflamación aguda caracterizada por necrosis de la glándula por autodigestión, con repercusión local y en otros órganos. Tiene una mortalidad que varía desde un 3% en pancreatitis leve hasta un 30% en casos graves con necrosis pancreática.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Varón de 79 años con antecedentes personales de EPOC en tratamiento con budesonida y salbutamol inhalados. Acude a Urgencias por dolor abdominal en hipocondrio derecho e irradiado a región lumbar acompañado de vómitos biliosos, sin fiebre.

Exploración física: Constantes vitales normales. Destaca dolor a la palpación abdominal con resistencia importante. Blumberg negativo. Resto de exploraciones dentro de normalidad.

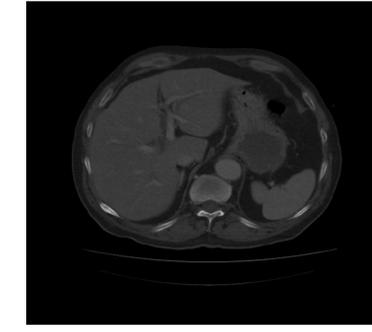
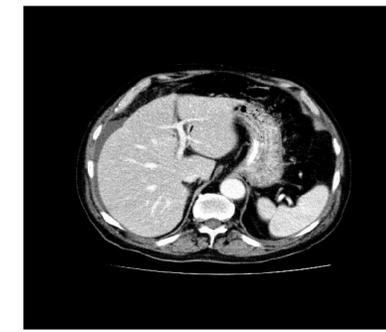
Exploraciones complementarias: Hemograma normal salvo leucocitosis. Coagulación normal. Bioquímica: normal salvo bilirrubina total 2,2mg/dl, bilirrubina conjugada: 1,71mg/dl, elevación de todas las enzimas hepáticas. Amilasa 4968 U/L . TAC abdominal: Pancreatitis aguda de origen litiasico.

Diagnóstico diferencial: cólico biliar, perforación víscera hueca, gastritis agudas, etc.

Tratamiento: ingreso hospitalario con dieta absoluta, sueroterapia, antibioterapia y analgesia.

ESTRATEGIAS PRÁCTICAS DE ACTUACIÓN:

La pancreatitis aguda se debe sospechar ante un cuadro de dolor abdominal agudo que suele ir acompañado de náuseas y vómitos. Sus principales causas son la litiasis biliar y el consumo de alcohol, siendo menos importante las tóxicas, post-CPRE, etc. Para su diagnóstico deben estar presente al menos 2 de los siguientes criterios: dolor abdominal agudo epigástrico irradiado "en cinturón", elevación de lipasa y amilasa a tres veces límite superior de normalidad y hallazgos característicos en imagen (fundamentalmente ecografía y TAC abdominal). El tratamiento consiste en dieta absoluta, analgesia y antibióticos, reservándose la opción quirúrgica para las complicaciones.



PALABRAS CLAVE:

Pancreatitis aguda.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

1. Dervenis C, Johnson CD, Bassi C, et al. Diagnóstico, valoración objetiva de la gravedad y el tratamiento de la pancreatitis aguda. Conferencia de consenso Santorini. Int J Pancreatol 1999; 25:195.
2. Swaroop VS, ara ST, JE Clain. La pancreatitis aguda grave. JAMA 2004; 291:2865.
3. Bancos PA, Freeman ML, Comité Parámetros Práctica del Colegio Americano de Gastroenterología. Las guías de práctica en la pancreatitis aguda. Am J Gastroenterol 2006; 101:2379.