



# **CASO CLÍNICO PMQ DIGESTIVO TALLERES INTEGRADOS III**

**RAÚL GARCÍA DEL RÍO (GRUPO 5-6)**

**HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE**

**APROBADO POR DR. PALAZÓN**



## **MOTIVO DE CONSULTA**

Dolor abdominal intenso con vómitos y distension abdominal.

## **ANTECEDENTES**

RAM a ibuprofeno, codeína, AAS. HTA, no DM, no DLP. No hábitos tóxicos de interés.

AP: OCFA leve, taquicardia paroxística supraventricular, insuficiencia mitral leve-moderada, Ca de próstata con controles periódicos por Urología en tratamiento semestral con Eligard inyectable, diverticulosis, enfermedad renal crónica, neuralgia postherpética

Tratamiento habitual: ramipril + hidroclorotiazida 5/25 1 comp. /día, indacaterol 150 mcg 1 cápsula inhalada al día

## **ENFERMEDAD ACTUAL**

Varón de 84 años que acude a Urgencias por dolor abdominal intenso irradiado a espalda en cinturón con vómitos y distensión abdominal. Se decide ingreso en planta de Digestivo, con fluidoterapia a ritmo de 2500cc en 24h y se inicia tratamiento antibiótico con meropenem.

Al día siguiente empeoramiento de su estado general, con aumento del trabajo respiratorio y situación de oligoanuria con empeoramiento de los parámetros de función renal, por lo que tras valoración se decide ingreso en UCI.



## **EXPLORACIÓN FÍSICA**

TA 95/50 mmHg, FC 115 lpm, T<sup>a</sup> 36°C, Sat O<sub>2</sub> 92%

Consciente y reactivo. Normocoloreado, signos de deshidratación mucocutánea y obesidad. Eupneico con VMK con nebulización.

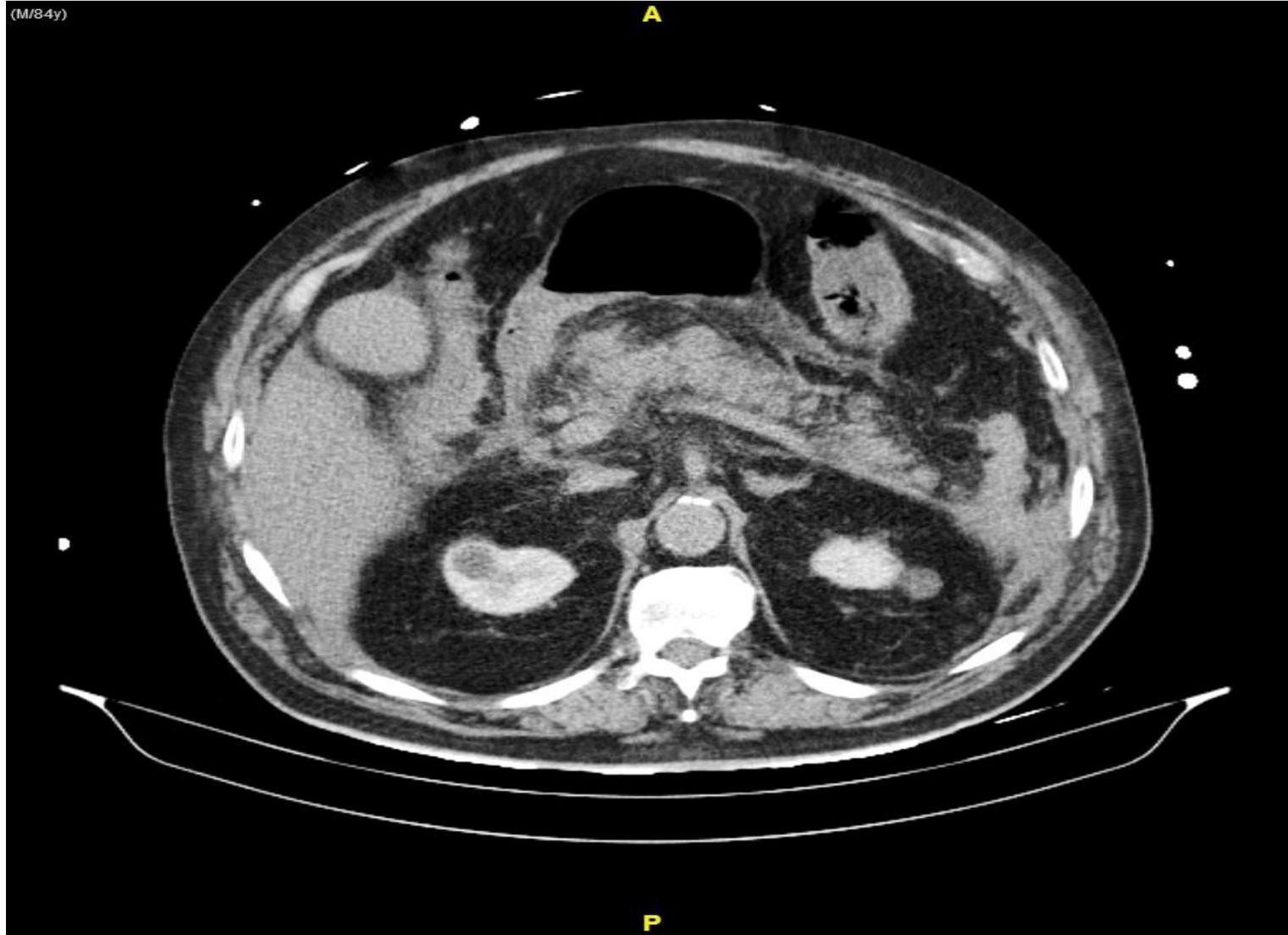
AC: rítmica, tonos apagados. Sin soplos ni roces audibles. AP: hipoventilación generalizada, sin otros ruidos.

Abdomen distendido, doloroso a la palpación con defensa. Ruidos hidroaéreos disminuidos. MMII con atrofia cutánea y signos de insuficiencia venosa crónica. Sin edemas ni signos de TVP.

## **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

- ✓ AS: urea 56 mg/dl, creatinina 1,49 mg/dl, FG 42,35 ml/min, GOT 82 U/L, GPT 69 U/L, FA 84 U/L, GGT 138 U/L, amilasa 1855 U/l, PCR 0.52 mg/dl
- ✓ ECG: TS a 116 lpm, eje -30°. PR<200ms, QRS<120ms, QTc 489ms. Sin alteraciones agudas de la repolarización. Con extrasistolia ventricular frecuente.
- ✓ Rx torax: imagen rotada, poco inspirada, poco penetrada. Extremo distal de CVC yugular interno derecho en AD. No infiltrados en campos pulmonares. SCF izquierdo pinzado.
- ✓ ECO abdomen: imágenes sugestivas de colecistitis aguda. Páncreas no visualizado por interposición de gas intestinal. Obesidad dificulta la exploración.

# TAC ABDOMINO-PÉLVICO



- ✓ TAC abdomino-pélvico con contraste: discreto aumento del tamaño del páncreas con captación homogénea del parénquima y escasa cantidad de líquido libre circundante sin presencia de colecciones definidas. Imagen sugestiva de quiste en cuerpo-cola de páncreas ya vista en TAC previo. Colelitiasis sin signos de colecistitis. Signos de hepatopatía crónica.

## JUICIO DIAGNÓSTICO

### **PANCREATITIS AGUDA GRAVE**

Derrame pleural izquierdo.

Colecistitis aguda.

IRC agudizada