Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2021; 89 (6): 503-508.

Pancreatitis aguda recurrente durante el embarazo: reporte de un caso

Recurrent acute pancreatitis in the pregnancy: A case report.

Miguel Ángel Serrano-Berrones,[1] Hugo Edwin López-Briones,[2] Indra Angélica Serrano-Beltrán[3]

Resumen

ANTECEDENTES: La pancreatitis es una complicación poco frecuente durante el embarazo; sin embargo, su incidencia se ha incrementado en las últimas décadas en todo el mundo. Este caso resulta de interés porque el cuadro apareció con una diferencia de 23 semanas.

CASO CLÍNICO: Paciente de 33 años; a las 13 semanas acudió al servicio de Urgencias debido a un dolor abdominal en el epigastrio acompañado de náuseas, vómito y malestar generalizado. Se detectaron: incremento de amilasa y alteración de las pruebas de funcionamiento hepático. Se otorgaron medidas generales y se indicó tratamiento dietético. A las 36 semanas acudió a urgencias con exacerbación del cuadro clínico, lo que ameritó hospitalización e interrupción del embarazo.

CONCLUSION: El diagnóstico de pancreatitis aguda recurrente en el embarazo se asocia con una serie de factores sociales, demográficos y médicos. En la búsqueda de ofrecer mayor seguridad a la madre y a su hijo cada día son más las indicaciones de la cesárea, circunstancia que se refleja en el decremento importante de la mortalidad materna e infantil.

PALABRAS CLAVE: Pancreatitis; embarazo; dolor abdominal; pruebas de función hepática; ultrasonido; pancreatitis aguda recurrente; cesárea.

Abstract

BACKGROUND: Pancreatitis is a rare complication during pregnancy, its incidence has increased in recent decades worldwide. This case is of interest since the condition presented with a difference of 23 weeks.

CLINICAL CASE: 33-year-old patient who attended the emergency service at 13 weeks due to abdominal pain in the epigastrium, accompanied by nausea, vomiting and general discomfort. Through laboratory assistants, an increase in amylase and altered liver function tests were detected. Ultrasound showed image enhancement. General measures were granted and dietary management was indicated. At 36 weeks, she presented to the emergency room with exacerbation of the clinical picture, which warranted hospitalization and interruption of pregnancy.

CONCLUSION: The diagnosis of recurrent acute pancreatitis in pregnancy is associated with a series of social, demographic and medical factors that are involved. In the search to provide greater security to the pairing, an increasing number of indications for caesarean section have emerged and as a reflection of this, a significant decrease in maternal and child mortality has been observed.

KEYWORDS: Pancreatitis; Pregnancy; Abdominal pain; Liver function tests; Ultrasound; Recurrent acute pancreatitis; Cesarean section.

[1] Coordinador de Ginecología y Obstetricia.
[2] Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.
[3] Estudiante de Biociencias.
Hospital de Ginecología y Obstetricia 4 Dr. Luis Castelazo Ayala, IMSS, Ciudad de México.

Recibido: octubre 2019
Aceptado: noviembre 2020

Correspondencia
Miguel Angel Serrano Berrones
miguel.serranob@imss.gob.mx

Este artículo debe citarse como:
Serrano-Berrones MA, López-Briones HE, Serrano-Beltrán IA. Pancreatitis aguda recurrente durante el embarazo: reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2021; 89 (6): 503-508
https://doi.org/10.24245/gom.v89i6.3628

ANTECEDENTES

Si bien la pancreatitis es una complicación poco frecuente durante el embarazo, en las últimas décadas su incidencia se ha incrementado en todo el mundo. En la actualidad se estima que en Estados Unidos es de 1 caso por cada 3021 embarazos.[1]

En 1970 la mortalidad materno-fetal era del 37%;[2] hoy en día se reporta en 1% de los casos, con mortalidad fetal de 5%.[3]

La principal causa de la pancreatitis durante el embarazo es de origen biliar (66%), aunque existen otras que pueden condicionar su origen.[4] **Figura 1**

Durante el embarazo con evolución normal, los cambios fisiológicos afectan el metabolismo de los lípidos y ocasionan aumento en la concentración de lipoproteínas de baja densidad (LDL) (su concentración se eleva 42% a las 36 semanas de embarazo), de alta densidad (HDL) (24% a las 36 semanas) y triglicéridos, que se incrementan a partir de las 14 semanas hasta triplicar su valor normal a las 36 semanas. Si bien los valores de triglicéridos no suelen rebasar los 300 mg/dL durante el embarazo, el riesgo de pancreatitis aumenta cuando sobrepasan los 1000 mg/dL.[5]

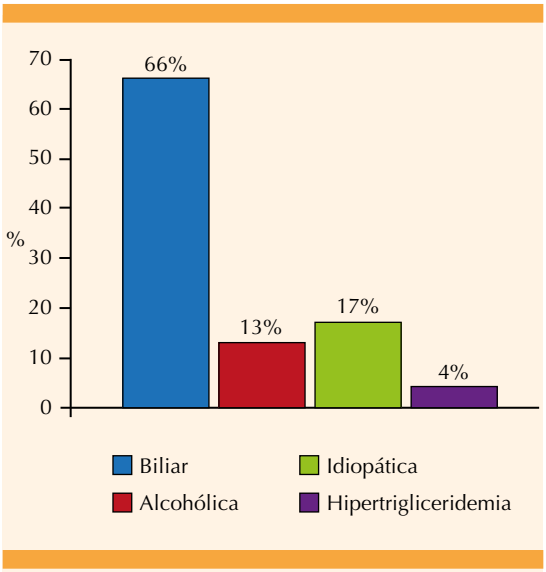


Figura 1. Principales causas de pancreatitis durante el embarazo.[4]

Los síntomas de la pancreatitis durante el embarazo son inespecíficos; quienes la padecen suelen experimentar: dolor abdominal (96%), náusea y vómito (86%), fiebre (81%), anorexia (28%), ictericia (14%) o diarrea (6%). La duración de los síntomas va de 1 día a 3 semanas.[5]

Si la pancreatitis se origina por hipertrigliceridemia, las complicaciones aumentan en 79% en comparación con otras, como la biliar, que solo se incrementan en 18%.

Las principales complicaciones son: neumonía, derrame pleural, sangrado gastrointestinal, pseudoquiste, absceso pancreático, trombosis de la vena femoral e insuficiencia orgánica múltiple.[6]

La pancreatitis durante el embarazo es un reto diagnóstico y su demora puede dar lugar a severas complicaciones perinatales. El diagnóstico se confirma por el incremento en las concentraciones de amilasa y lipasa. Los valores de bilirrubinas y enzimas hepáticas pueden encontrase normales o, ligeramente elevados. Solo 10% de las pancreatitis durante el embarazo se reportan como pancreatitis severa y se complican por necrosis pancreática, que puede evolucionar a insuficiencia orgánica múltiple y muerte.[7]

Las complicaciones fetales originadas por la pancreatitis son: parto pretérmino (4.68%), feto pequeño para la edad gestacional (22.7%), ictericia (29.24%), síndrome de insuficiencia respiratoria (4.39%) y óbito (1.75%).[7]

El riesgo de recurrencia de pancreatitis durante el embarazo depende de las semanas de em-

https://doi.org/10.24245/gom.v89i6.3628

barazo a las que se registre el primer evento y de su causa. Existe un riesgo de recurrencia de pancreatitis incluso hasta del 92% en el primer trimestre, 64% en el segundo y 44% durante el tercero, con riesgo global de 50% durante todo el embarazo.[8]

CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años, residente en la Ciudad de México, primigesta. Acudió al servicio de Urgencias a las 13 semanas de embarazo, luego de una ingesta copiosa de alimentos que le originó un dolor abdominal de predominio en el epigastrio, de intensidad 10/10, tipo transfictivo, acompañado de náuseas, vómito y malestar generalizado. A su ingreso a Urgencias se encontró con: tensión arterial de 128-77 mmHg, pulso de 100 por minuto, temperatura de 36.6 °C, respiraciones 20 por minuto. En la especuloscopia se encontraron: cuello largo, formado, con orificio cervical externo dehiscente. En la región lumbar, el punto costovertebral derecho resultó positivo.

Los exámenes de laboratorio reportaron: hemoglobina 12.0 g/dL; hematócrito 36.6%; plaquetas 410,000 mm^3; tiempo de protrombina 10.9 segundos (94%); glucosa 198 mg/dL; urea 10.4 mg/dL; creatinina 0.5 mg/dL; ácido úrico 3.2 mg/dL; transaminasa oxalacética 93 U/L; alanina-aminotransferasa 85 U/L; DHL 168 U/L; GGT 75 mu/L; bilirrubina total 0.97 mg/dL; bilirrubina directa 0.08 mg/dL; bilirrubina indirecta 0.89 mg/dL; amilasa 1960 U/L; lipasa 2641 U/L; fosfatasa 69 mu/mL y triglicéridos de 382.1 mg/dL. **Cuadro1**

Con base en el estudio de imagen de extensión se estableció el diagnóstico de pancreatitis leve según los criterios de Atlanta.[9] Por lo anterior, ingresó a la unidad de cuidados intensivos donde se indicó un analgésico para el dolor, se controló la ingestión de líquidos, se instaló una sonda nasogástrica, se le administró 1 g de ampicilina

Cuadro 1. Exámenes de laboratorio

Parámetro	13 semanas	36.6 semanas
Glucosa (mg/dL)	198	93
Urea (mg/dL)	10.4	8.15
Creatinina (mg/dL)	0.5	0.45
Ácido úrico (mg/dL)	3.2	3.8
TGO (U/L)	93	331
TGP (U/L)	85	549
DHL (U/L)	168	102.7
Bilirrubina total (mg/dL)	0.97	1.34
Bilirrubina directa (mg/dL)	0.08	1.17
Bilirrubina indirecta (mg/dL)	0.89	0.17
Amilasa (U/L)	1960	1627
Lipasa (U/L)	2641	1954
Fosfatasa alcalina (mu/mL)	69	285
GGT (mu/mL)	75	97
Triglicéridos (mg/dL)	3821.5	631

por vía intravenosa cada 6 horas como profilaxis durante 10 días, 500 mg de ácido ursodesoxicólico 2 veces al día durante 2 semanas; después fue dada de alta de la unidad, con indicaciones precisas de acudir a Urgencias en caso necesario y con seguimiento a través de la consulta externa.

La paciente continuó su control prenatal en la consulta externa de manera deficiente pues solo acudió en 2 ocasiones

Al transcurrir las 36.6 semanas de embarazo la paciente acudió, nuevamente, al servicio de Urgencias debido a un dolor abdominal de predominio en el epigastrio, tipo transfictivo, con intensidad 10-10, náuseas, vómito y actividad uterina regular, con 3 contracciones en 10 minutos. Los estudios de laboratorio reportaron: hemoglobina 12.5 g/dL; hematócrito 40.4%; plaquetas 390,000 mm^3; tiempo de protrombina 11.1 segundos (94%); glucosa 93 mg/dL; urea 8.15 mg/dL; creatinina 0.45 mg/dL; ácido úrico 3.8 mg/dL; TGO 331 U/l; TGP 549 U/l; DHL

102.7 U/l; GGT 97 mu/mL; bilirrubina total 1.34 mg/dL; bilirrubina directa 1.17 mg/dL; bilirrubina indirecta 0.17 mg/dL; amilasa 1627 U/l; lipasa 1954 U/l; fosfatasa 285 mu/mL; y triglicéridos de 631 mg/dL. La TAC de abdomen demostró datos compatibles con pancreatitis aguda edematosa (Balthazar)[10] debida a colecciones peripancreáticas, perirrenal y en el bazo. **Figura 2**

Debido a las condiciones de la paciente y con descensos de la frecuencia cardiaca de manera sostenida, evidenciadas por la monitorización cardiotocográfica, se decidió la interrupción del embarazo por vía abdominal. El recién nacido pesó 2500 g, midió 45.5 cm, con Apgar 7-8, Capurro de 37 semanas. Durante el transoperatorio se tomó una muestra de líquido peritoneal para estudio de Gram. La paciente se envió a la unidad de cuidados intensivos para vigilancia estrecha del posoperatorio. Se le colocó una sonda nasogástrica a derivación, ayuno, hidratación parenteral, 50 mg de ranitidina por vía oral cada 8 horas, 200 mg de ciprofloxacina por vía intravenosa cada 12 horas y 500 mg de metronidazol por vía intravenosa cada 8 horas durante 10 días.

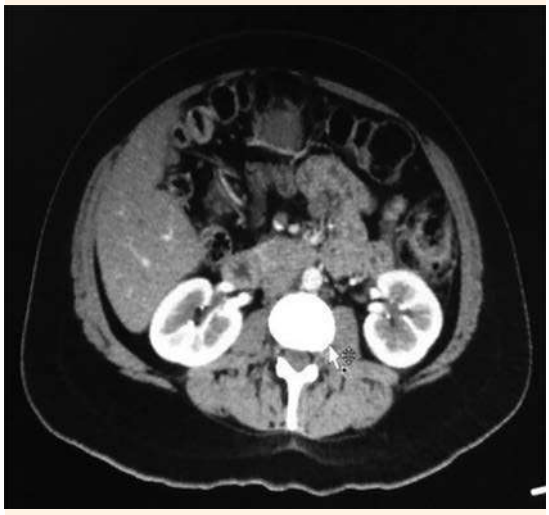


Figura 2. Tomografía axial computada del abdomen con datos de pancreatitis aguda edematosa.

La paciente evolucionó favorablemente, con franca remisión de los síntomas y con regresión de los valores alterados de laboratorio a la normalidad. El reporte de la tinción de Gram solo fue de gran cantidad de polimorfonucleares. Dos semanas después de la intervención se reinició la alimentación por vía oral de manera progresiva con buena tolerancia. Se dio de alta del hospital tres semanas después de la operación, con buen estado de salud.

DISCUSIÓN

La causa principal de la pancreatitis durante el embarazo corresponde a litiasis biliar. Son escasos los reportes de recurrencia durante el mismo embarazo.[11]

El caso aquí informado alude a la recurrencia de los síntomas en un lapso de 23 semanas que, muchas de las veces, no sobrevienen debido a la agudización del cuadro y necesidad de tratamiento quirúrgico inmediato. En la bibliografía se reporta un riesgo total de recurrencia de 50% durante todo el embarazo, del 92% en el primer trimestre, 64% en el segundo y 44% durante el tercer trimestre.[8]

El diagnóstico es un reto para el clínico porque los diagnósticos diferenciales con: gastritis, hiperémesis gravídica, embarazo ectópico, colecistitis aguda, hígado graso gestacional y preeclampsia con datos de severidad, entre otros, ponen a prueba al equipo médico.[12] Es una realidad la elevación de las concentraciones de colesterol y triglicéridos durante el embarazo, que alcanza las mayores concentraciones después de las 34 semanas, situación que favorece la estasis biliar, la secreción biliar con concentraciones importantes de colesterol, con

https://doi.org/10.24245/gom.v89i6.3628

decremento en las de ácido quenodesoxicólico, que favorece la formación de cálculos. Durante el embarazo también es posible encontrar casos de hiperliproteinemias que pueden deberse a causas hereditarias del metabolismo (lisinuria y cistinuria) o, bien, a alteraciones secundarias debidas al estilo de vida, dieta rica en grasas o mecanismos fisiopatológicos de estasis vascular, como microangiopatías o vasculopatías que afectan la vascularidad pancréatica.[13]

El dolor abdominal es el principal motivo de solicitud de atención médica seguido de hematemesis, diarrea, taquicardia e hipotensión dependientes de la severidad del cuadro.[14] El reporte de incremento de las concentraciones de amilasa y lipasa séricas orienta al diagnóstico. El ultrasonido es de utilidad en la evaluación de las pacientes pues denota las características morfológicas del páncreas, la existencia de colecciones o pseudoquistes.[15]

El control de líquidos es fundamental porque las pérdidas sustanciales en el tercer espacio y del volumen intravascular son las que conducen a la hipoperfusión del lecho esplénico, son predictoras negativas del cuadro. El soporte nutricional es decisivo; llegan a requerirse dietas poliméricas ricas en proteínas, hidratos de carbono y grasas.[15]

La evidencia de un efecto benéfico del ácido ursodesoxicólico en el parto de mortinatos o en el sufrimiento fetal permite prevenir desenlaces adversos de la colestasis intrahepática durante el embarazo.[16]

El tratamiento con antibiótico está indicado en casos de sospecha o confirmación de infecciones locales o sistémicas: neumonías e infección de vías urinarias.

En el caso de la hipertrigliceridemia es importante la disminución de la ingesta de lípidos, el ejercicio y el tratamiento con fármacos.[15]

El tratamiento quirúrgico debe considerarse al comprobarse la causa biliar y las complicaciones, a pesar de la conducta conservadora. La vía de finalización del embarazo dependerá de las condiciones de la madre y del feto.

CONCLUSIÓN

A pesar de todos los esfuerzos, la pancreatitis aguda sigue siendo una enfermedad impredecible, con tasas considerables de morbilidad y mortalidad materno-fetal. La identificación temprana y monitorización inicial, así como las medidas de soporte, en especial el adecuado aporte de fluidos, resultan fundamentales para identificar tempranamente la aparición de complicaciones materno-fetales. En la actualidad, se dispone de estrategias cada vez más conservadoras y menos invasivas para el control de las complicaciones y la recurrencia de la enfermedad durante el embarazo.

REFERENCIAS

1. Papadakis EP, Sarigianni MM, Mikhailidis DP, et al. Acute pancreatitis in pregnancy: an overview. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2011; 159 (2): 261-6. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.07.037.
2. Igbinosa O, Poddar S, Pitchumoni C. Pregnancy associated pancreatitis revisited. Clin Res Hepatol Gastroenterol 2013; 37 (2): 177-81. https://doi.org/10.1016/j.clinre.2012.07.011.
3. Hacker FM, Whalen PS, et al. Maternal and fetal outcomes of pancreatitis in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2015; 213 (4): 568.e1-5. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.07.031.
4. Russi G. Severe dyslipidemia in pregnancy: The role of therapeutic apheresis. Transfus Apher Sci. 2015; 53 (3): 283-7. https://doi.org/10.1016/j.transci.2015.11.008.
5. Jeon HR, Kim SY, et al. Hypertriglyceridemia induced acute pancreatitis in pregnancy causing maternal death. Obstet Gynecol Sci. 2016; 59 (2):148-51. doi: 10.5468 / ogs.2016.59.2.148.
6. Xu Q, Wang S, Zhang Z. A 23-year, single-center, retrospective analysis of 36 cases of acute pancreatitis in pregnancy. Int J Gynaecol Obstet. 2015; 130 (2): 123-6. doi: 10.1016 / j.ijgo.2015.02.034.
7. Swisher SG, Hunt KK, Schmit PJ, et al. Management of pancreatitis complicating pregnancy. Am Surg. 1994; 60(10):759-62. PMID: 7944038.

8. Vilallonga R, Calero-Lillo A, et al. Acute pancreatitis during pregnancy, 7-year experience of a tertiary referral center. Cir Esp. 2014; 92(7):468-71. doi: 10.1016 / j.ciresp.2013.12.016.
9. Edward L. Bradley III A. Clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, Ga, September 11 Through 13, 1992. Arch Surg. 1993; 128:586-90. doi: 10.1001/archsurg.1993.01420170122019.
10. Balthazar EJ, Ranson JHC, Naidich DP, et al. Acute pancreatitis: prognostic value of CT. Radiology 1985;156:767-772 doi: 10.1148 / radiology.156.3.4023241.
11. Hot S, Eğin S, Gökçek B, et al. Acute biliary pancreatitis during pregnancy and in the post-delivery period. Ulus Trauma Acil Cerrahi Derg. 2019; 25(3):253-58. doi: 10.14744/tjtes.2019.03846.
12. Pérez-Martínez N, Mancebo-Mata A, et al. Pancreatitis aguda inducida por hipertrigliceridemia: una causa inusual de dolor abdominal durante el embarazo. Rev Gastroenterol Mex. 2019; 15. pii: S0375-0906(18)30177-0. doi: 10.1016/j.rgmx.2018.11.005.
13. Kilinc F, Senates E, et al. Are There Differences in the Management of Acute Pancreatitis Cases Due to Severe Hypertriglyceridemia in Pregnant Women? Med Sci Monit. 2018; 13; 24: 5619-23. doi: 10.12659/MSM.910343.
14. Tang M, Xu JM, Song SS, Mei Q, Zhang LJ. What may cause fetus loss from acute pancreatitis in pregnancy: Analysis of 54 cases. Medicine (Baltimore). 2018; 97 (7): e9755. doi: 10.1097/MD.0000000000009755.
15. Luo L, Zen H, et al. Clinical characteristics of acute pancreatitis in pregnancy: experience based on 121 cases. Arch Gynecol Obstet. 2018; 297 (2): 333-39. https://doi.org/10.1007/s00404-017-4558-7.
16. Chappell LC, Bell JL, Smith A, et al. Ursodeoxycholic acid versus placebo in women with intrahepatic cholestasis of pregnancy (PITCHES): a randomised controlled trial. The Lancet; 01, 2019. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31270-X.

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Yang M, Gou, ZW, Deng CJ, Liang X, et al.* A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res. 2017;25(11):239-42. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04..0015.**

* Cuando la referencia contiene hasta tres autores, éstos se colocarán de forma completa. En caso de 5 autores o más, solo se colocan cuatro, seguidos de la palabra en latín "et al".

** El registro Doi deberá colocarse con el link completo (como se indica en el ejemplo).

https://doi.org/10.24245/gom.v89i6.3628