

Pancreatitis aguda durante un embarazo gemelar con hipertrigliceridemia asociada, a propósito de un caso.**Acute pancreatitis during a twin pregnancy with associated hypertriglyceridemia, in a case.**

Macias García, Erick*, Garcia Velasquez, Gustavo**, Holguin Pacheco, Monserrate***, Solorzano López, Luisana****, Andrade Albán, Noemí*****.

*Médico. Hospital General Chone - Departamento de Gastroenterología.

Portoviejo- Ecuador email: victorhugo7601@hotmail.com

**Médico. Hospital General Chone - Departamento de Ginecología

***Médico. Hospital General Chone – Unidad de Cuidados Intensivos.

Manta. Ecuador email: monse21_11@yahoo.es

****Médico. Hospital General Chone

** ***Docente Universidad Técnica de Ambato

Ambato. Tungurahua email: nr.andrade@uta.edu.ec

Resumen.

Introducción: La Pancreatitis aguda durante el embarazo es una causa poco común de dolor abdominal y, aunque rara vez progresa, es una complicación grave cuyo diagnóstico es complejo. Hay muchos factores causales de la pancreatitis durante la gestación; el más frecuente, la enfermedad litiásica de la vía biliar, aunque alteraciones metabólicas como la hipertrigliceridemia pueden actuar como desencadenante incluso el mismo embarazo.

Objetivo: Describir un caso de Pancreatitis aguda durante un embarazo gemelar con hipertrigliceridemia asociada.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo para presentación de un caso clínico.

Resultados: Se presenta el caso de una mujer de 32 años, embarazada de 31,1 semanas de gestación, que ingresa con un cuadro clásico de pancreatitis aguda alitiásica. Manejada bajo hidratación, restricción oral y fibratos con adecuada respuesta clínica y paraclínica con disminución significativa de los niveles de triglicéridos, 24 horas postratamiento y remisión de los síntomas.

Conclusión: La hipertrigliceridemia constituye un factor de riesgo en el embarazo para el desarrollo de una pancreatitis aguda.

Palabras claves: embarazo gemelar, hipertrigliceridemia, pancreatitis aguda.

Abstract.

Introduction: Acute Pancreatitis during pregnancy is a rare cause of abdominal pain and, although rarely progresses, is a serious complication whose diagnosis is complex. There are many causal factors of pancreatitis during pregnancy; the most frequent disease lithiasic of the bile, although metabolic alterations such as hypertriglyceridemia may act as a trigger even the same pregnancy.

Objective: To describe a case of acute Pancreatitis during a twin pregnancy with hypertriglyceridemia associated.

Material and methods: retrospective descriptive study for clinical case presentation.

Results: The case of a 32-year-old woman, pregnant with 31.1 weeks of gestation, who signs with a classical picture of acute acalculous pancreatitis. Managed under hydration, oral restriction and Fibrates with appropriate clinical and paraclinical response with significant decrease in triglyceride levels, 24 hours after treatment and remission of symptoms.

Conclusion: Hypertriglyceridemia is um fator's risk duringpregnancy to the development of acute pancreatitis.

Keywords: twin pregnancy, hypertriglyceridemia, acute pancreatitis

Recibido: 18-12-2017

Revisado: 25-1-2018

Aceptado: 20-2-2018

Introducción

La incidencia de la pancreatitis a nivel mundial varía aproximadamente de 1 en 1.000 a 1 en 100.000 nacimientos.¹ es decir que es aproximadamente del 0,03 al 0,09% de las embarazadas³

Los cambios fisiológicos asociados al embarazo incrementan el riesgo de presentar pancreatitis. Si bien la incidencia parece ir en aumento, los casos de pancreatitis aguda continúan siendo poco frecuentes. ¹ Es más frecuente en primíparas y en el tercer trimestre, se cree que las alteraciones circulatorias de la gestación, la compresión del útero grávido provocan reflujo en el conducto pancreático, y concomitantemente las alteraciones de las vías biliares facilitan la aparición de pancreatitis.

Su presentación puede explicarse porque: 1) En el embarazo aumenta la incidencia de manifestaciones de la litiasis biliar asintomática. La bilis es más litógena durante el embarazo, puesto que aumenta la reserva de ácidos biliares y varia la composición de la bilis, aumenta la secreción biliar de ácidos biliares y se produce un éxtasis vesicular. 2) La acción de los estrógenos y progestágenos en el metabolismo de la VLDL, puede producir un aumento de los quilomicrones. Una hipertrigliceridemia superior a 1000mg/100ml, comporta un riesgo alto de pancreatitis.²

Los eventos fatales maternos son menores al 1 %, la mortalidad fetal menor al 4 % y la ausencia de tratamiento específico es una enfermedad de gran reto para el personal médico.

La mayoría de los pacientes con pancreatitis aguda, incluida las embarazadas tienen una evolución clínica favorable y relativamente libre de complicaciones mayores; pero alrededor de una quinta parte de los casos terminan en Pancreatitis necrotizante, entidad de elevada morbilidad y muy alta mortalidad.⁴

Objetivo:

Describir un caso de Pancreatitis aguda durante un embarazo gemelar con hipertrigliceridemia asociada.

Material y Métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo para presentación de un caso clínico.

Resultados

Presentación del caso

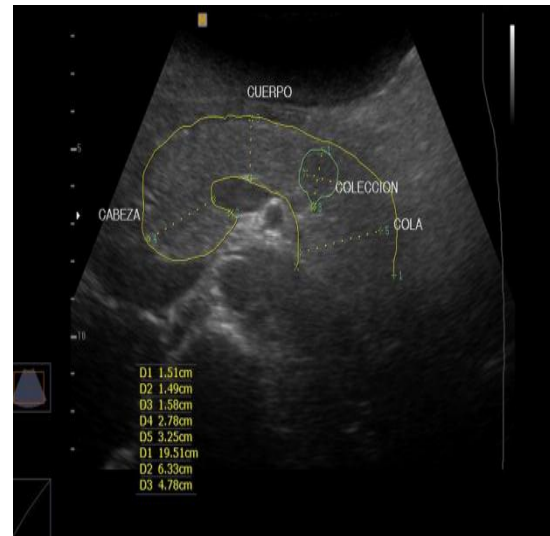
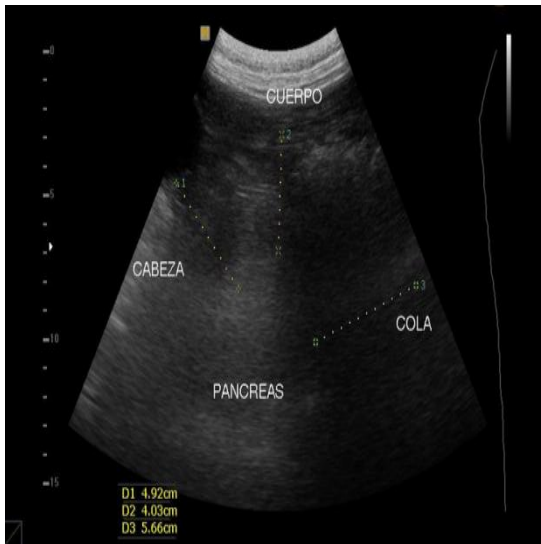
Paciente de 32 años, con embarazo gemelar de 33,1 semanas de gestación por FUM (08/12/16) refiere dolor en epigastrio que irradia a hipocondrio izquierdo de moderada intensidad tipo opresivo de 48 horas de evolución acompañado de vómitos de contenido biliar de forma incoercible.

Al examen físico: presión arterial 110/80, frecuencia cardiaca 88 lpm, frecuencia respiratoria: 18 rpm, ruidos cardiacos rítmicos, hiperfonéticos, a la palpación abdomen globoso, doloroso en epigastrio a la palpación superficial y profunda. Sin alteraciones en aparato respiratorio y extremidades. Monitoreo fetal: Gemelo 1 con frecuencia cardiaca fetal: 152 Gemelo 2 con frecuencia cardiaca fetal 158. Score mama 5 sin actividad uterina

Exámenes de laboratorio de ingreso leucocitos: 10.4 amilasa 224 U/L lipasa 680 U/L triglicéridos 3464 mg/dL.

Fue realizado un eco abdominal que reportó : hígado de dimensiones normales, vesícula biliar con dimensiones y espesura de la pared normal. Vías biliares intra y extra hepáticas con dimensiones preservadas. Páncreas con aumento del volumen de forma difusa, contornos mal delimitados, mide a nivel de la cabeza 4.9 cm, cuerpo 4,3cm, cola 5.6 cm . No se observa líquido libre a nivel intraabdominal .

Figura 1: Eco abdominal : muestra un páncreas con aumento de sus dimensiones y edema peripancreático.



Fuente: Archivos de imagenología HGCh.

La paciente ingresó a la unidad de cuidados intensivos para monitoreo y tratamiento, se suspendió la dieta oral y se colocó una sonda nasogástrica, e hidratación inicial con lactato de ringer a 400 ml hora en bomba de infusión, tramadol 100 mg intravenoso cada 12 horas diluido en cloruro de sodio pasando en 45 minutos, gemfibrozilo 600 mg vía oral cada día.

A las 12 horas paciente menos algica, Exámenes de control en 12 horas triglicéridos 1876 mg/dL amilasa 223 U/L lipasa 240 U/L. se disminuye hidratación a 240 ml/hora.

En 24 horas los triglicéridos 1542mg/dL mg/ amilasa 178U/L lipasa 130 U/L, y a las 36 horas triglicéridos 998 mg/dL amilasa 80 U/L lipasa 105 U/L.

Se realizó eco abdominal de control muestra cabeza del páncreas con dimensión de 3.42 cm. Cuerpo 1,6 cm cola de 3,6 cm y en su extremo con una pequeña colección.

Fig 2. Eco abdominal de control se visualiza páncreas con regresión de sus dimensiones. Escasa colección pancreática. Esteatosis hepática grado 2

La paciente con evolución favorable respondió al tratamiento instaurado en base de una adecuada hidratación y fibratos. Ya no presentó náuseas ni vómitos, el dolor abdominal era leve. Se indicó pase a Ginecología y seguimiento ambulatorial por gastroenterología.

Discusión

La pancreatitis es una enfermedad aguda que se puede presentar en el embarazo por las mismas causas que en una mujer no grávida. Clínicamente caracterizado por dolor en epigastrio, este puede ser de leve a moderado o severo, acompañado de náuseas, vómitos y distensión abdominal. Se consideraron varios diagnósticos diferenciales entre ellos colecistitis aguda, apendicitis, hiperémesis del embarazo, infarto mesentérico, o hasta embarazo ectópico, entre otras patologías.³

Es importante diagnosticar la causa de la pancreatitis si es de etiología biliar o no biliar y también determinar la etiología de la hipertrigliceridemia, esta puede ser primaria o, con menor frecuencia, secundaria a obesidad, alcoholismo, hipotiroidismo o exacerbación de una hipertrigliceridemia preexistente con el embarazo, inducida por fármacos como tamoxifeno entre otras causas. El diagnóstico del origen de la hipertrigliceridemia complementa el manejo.⁴



En el caso de la paciente descrita la causa de la pancreatitis fue de origen no biliar pero inducida por hipertrigliceridemia puesto que sus valores fueron superiores a 1000mg/dL.

El tratamiento fundamental de soporte a base de hidratación adecuada, fibratos en el caso reportado y vigilancia del bienestar fetal mediante monitorización y ecografía fetal.

En cuanto a interrumpir el embarazo dependerá de la respuesta no adecuada al tratamiento conservador al igual que el tratamiento quirúrgico de la pancreatitis.

En el caso relatado la paciente presentó como etiología de la pancreatitis la hipertrigliceridemia; que representa el 6 % de las causas no biliares.²

La pancreatitis en embarazo es una enfermedad poco frecuente que dificultaría el diagnóstico por los pocos casos reportados.

La paciente tuvo adecuada respuesta al tratamiento, no hubo necesidad de interrumpir el embarazo y se pudo llevar a término ya que no se presentó signos de sufrimiento fetal durante las ecografías y monitoreo fetales de control.

La paciente con embarazo gemelar, se realiza cesárea 1 mes después del superado el cuadro clínico. Paciente es dada de alta junto a sus gemelos sin complicaciones.

Conclusión

La pancreatitis aguda causada por hipertrigliceridemia como entidad recientemente descrita en el embarazo, requiere un rápido diagnóstico y tratamiento oportuno para prevenir complicaciones en la madre y el producto de la gestación.

Referencias bibliográficas

1. Baumann, K., Weichert, J., Krokowski, M., Diedrich, K., & Banz-Jansen, C. (2011). Coexistent parathyroid adenoma and thyroid papillary carcinoma in pregnancy. *Archives Of Gynecology And Obstetrics*, 284(1), 91-94. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-011-1903-0>.

2. Dale, A., Holbrook, B., Sobel, L., & Rappaport, V. (2017). Hyperparathyroidism in Pregnancy Leading to Pancreatitis and Preeclampsia with Severe Features. *Case Reports In Obstetrics And*

Gynecology, 2017, 1-3. <http://dx.doi.org/10.1155/2017/6061313>.

3. Daniel Ríos-Cruz Joaquín Valerio Ureña, Fátima Santiago Pérez. (2015) Prevalencia de pancreatitis aguda en el embarazo, Departamento de Cirugía General. Hospital de Alta Especialidad de Veracruz. México. *Rev Chil Cir.* Vol 67 - N° 1, pág. 38-42.

4. Juan G. Glinka, Brenda A. Salvatierra, Andrea Sanjurjo, Solange M. Sappa Figueroa, Méd. Graciela Roux. (2011) Frecuencia de pancreatitis aguda en pacientes embarazadas según la edad gestacional, 7-9.

5. Goldberg, A., & Hegele, R. (2012). Severe Hypertriglyceridemia in Pregnancy. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(8), 2589-2596. <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2012-1250>

6. Kilpatrick, C., & Orejuela, F. (2008). Management of the acute abdomen in pregnancy: a review. *Current Opinion In Obstetrics And Gynecology*, 20(6), 534-539. <http://dx.doi.org/10.1097/gco.0b013e328317c735>.

7. Menez Forero, S. J.; Roa Saavedra, D. X. y Villalba, M. C. Pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia: presentación de dos casos clínicos. *Rev. esp. enferm. dig.* [online]. 2008, vol.100, n.6 [citado 2017-11-15], pp.367-371. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-082008000600012&lng=es&nrm=iso. ISSN 1130-0108.

8. Othman, M., Stone, E., Hashimi, M., & Parasher, G. (2012). Conservative management of cholelithiasis and its complications in pregnancy is associated with recurrent symptoms and more emergency department visits. *Gastrointestinal Endoscopy*, 76(3), 564-569. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2012.04.475>

9. Sang, C., Wang, S., Zhang, Z., & Lu, J. (2017). Characteristics and outcome of severe preeclampsia/eclampsia concurrent with or



complicated by acute pancreatitis: a report of five cases and literature review. *The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1080/14767058.2017.1387894>

10. Yücesoy, G., Özkan, S., Bodur, H., Tan, T., Çalışkan, E., Vural, B., & Çorakçı, A. (2005). Maternal and perinatal outcome in pregnancies complicated with hypertensive disorder of pregnancy: a seven-year experience of a tertiary care center. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 273(1), 43-49. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-005-0741-3>.