



Pancreatitis aguda durante el embarazo

Saldivar-Rodríguez D, Treviño-Montemayor OR, Guzmán-López A, Treviño-Martínez G, Flores-Acosta CC

Resumen

ANTECEDENTES: la pancreatitis aguda es una rara enfermedad inflamatoria que afecta el tejido pancreático y de la que se han sugerido numerosas causas, con resultados poco predecibles. Es importante contar con mayor información acerca de las complicaciones maternas y fetales.

OBJETIVO: exponer los resultados obstétricos y perinatales de las pacientes con diagnóstico de pancreatitis que complica el embarazo.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo en el que se analizaron los datos obtenidos de la revisión de los expedientes clínicos de las pacientes con diagnóstico de pancreatitis y embarazo.

RESULTADOS: se analizaron nueve casos que dan una incidencia de 39 por cada 100,000 nacidos vivos. La mediana de edad de las pacientes fue de 22 años, la edad gestacional media al diagnóstico fue de 31 semanas. Cuatro pacientes tuvieron cesárea y dos parto. Tres mujeres tuvieron Ranson 3, una Ranson 2 y otra Ranson 1, las cuatro restantes Ranson 0. Todos los recién nacidos tuvieron una evolución adecuada. Sucedió una muerte materna como complicación de la enfermedad a causa de acidosis metabólica y síndrome de infección respiratoria aguda.

CONCLUSIÓN: la pancreatitis aguda es una enfermedad de incidencia variable, que aumenta su aparición conforme avanza el embarazo, con complicaciones serias para la mujer. Es de suma importancia prestar atención a los síntomas iniciales de la enfermedad, y establecer el diagnóstico certero que permita ofrecer el tratamiento multidisciplinario adecuado para un mejor pronóstico para la madre y su hijo.

PALABRAS CLAVE: pancreatitis, embarazo, puerperio.

Ginecol Obstet Mex. 2016 feb;84(2):79-83.

Acute pancreatitis in pregnancy.

Saldivar-Rodríguez D, Treviño-Montemayor OR, Guzman-López A, Treviño-Martínez G, Flores-Acosta CC

Abstract

BACKGROUND: Acute pancreatitis is an inflammatory disease that affects the pancreatic tissue, which have been proposed numerous causes, with unpredictable results, it appears as a complication of rare occurrence, so the information on maternal and fetal complica-

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González,
Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey,
Nuevo León.

Recibido: octubre 2015

Aceptado: diciembre 2015

Correspondencia

Dr. Oscar Rubén Treviño Montemayor
dr_ortm@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Saldivar-Rodríguez D, Treviño-Montemayor OR, Guzmán-López A, Treviño-Martínez G, Flores-Acosta CC. Ginecol Obstet Mex 2016 feb;84(2):79-83.

tions is limited. Objective: Exposing obstetric and perinatal outcomes of patients diagnosed with pancreatitis complicating pregnancy.

METHODOLOGY: A retrospective, observational, transverse and descriptive study; data were obtained and analyzed by reviewing medical records of patients diagnosed with pancreatitis and pregnancy.

RESULTS: A total of 9 cases were included, corresponding to an incidence of 39/100,000 live births in the time period analyzed. The median age was 22, the mean gestational age at diagnosis was 31 weeks. 4 patients had cesarean delivery and 2 patients natural delivery. 3 patients had Ranson 3, a 2 and other Ranson Ranson 1 the remaining 4 Ranson 0. All products had adequate evolution. A case of maternal death as a complication of the disease was presented, because of metabolic acidosis and ARDS.

CONCLUSION: Acute pancreatitis is an entity of variable incidence, which increases their appearance with advancing pregnancy, and can lead to serious complications for pregnant women. It is extremely important to pay attention to early symptoms of the disease, and achieve an accurate diagnosis and provide adequate multidisciplinary management for a better prognosis for maternal-fetal binomial.

KEY WORDS: Pancreatitis; Pregnancy; Postpartum

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio Gonzalez, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León.

Correspondence

Dr. Oscar Rubén Treviño Montemayor
dr_ortm@hotmail.com

ANTECEDENTES

La pancreatitis aguda es una enfermedad inflamatoria que afecta al tejido pancreático, de la que se han propuesto numerosas causas.¹ Los casos de pancreatitis durante el embarazo son realmente excepcionales, por lo que la información de sus complicaciones maternas y fetales es limitada.² Su etiología ha sido largamente estudiada; en el siglo XIX Claude Bernard propuso como posible causa el reflujo biliar en el conducto pancreático. Opie asoció la litiasis vesicular con la pancreatitis, a estas causas se agregó, posteriormente, el consumo de alcohol como predisponente.¹

Su incidencia varía en diferentes estudios publicados,³ se reporta desde 1 caso por cada 1000 embarazos, hasta 1 en 3000,⁴ 4000² e incluso hay reportes de caso por cada 12,000 nacidos vivos, según la población estudiada. Reportes

en los decenios de 1970 y 1980 estiman tasas de mortalidad materna y perinatal entre 0-37% y 11-37%, respectivamente.^{5,6} Sin embargo, reportes del 2000 señalan una disminución de las complicaciones para la madre y el recién nacido debido a los avances en el tratamiento de las complicaciones y al desarrollo de las técnicas quirúrgicas. Las causas más comunes relacionadas con la pancreatitis aguda durante el embarazo son: litos vesiculares (66%), abuso de alcohol (12%), idiopática (17%), hiperlipidemia (4%) y menos comúnmente hiperparatiroidismo, traumatismo, debida a medicamentos o hígado graso del embarazo.⁷

Durante el embarazo el incremento en los lípidos es fisiológico y casi siempre se debe a variaciones en las concentraciones hormonales. Este aumento aporta a la madre una fuente energética valiosa, tanto para el mantenimiento de su metabolismo basal, como para favorecer el desarrollo



del feto.⁸ Sin embargo, esta hipertrigliceridemia no es lo suficientemente significativa para causar cuadros de pancreatitis aguda. Otro factor asociado es el crecimiento del volumen de la vesícula biliar y la disminución del flujo biliar. El aumento en las concentraciones de estrógeno y colesterol durante el embarazo conduce a estasis biliar. Los litos biliares pueden migrar a través del conducto biliar común y obstruir temporal o permanentemente el conducto pancreático lo que lleva al aumento de la presión hidrostática y la activación de enzimas digestivas dentro del páncreas.⁹ Para su tratamiento debe valorarse la causa relacionada; en los casos en que se demuestre litiasis vesicular debe valorarse el tratamiento quirúrgico si las condiciones de la madre y el embarazo lo permiten, cuando se trata de origen idiopático el tratamiento es médico apoyado con adecuada nutrición parenteral.¹⁰ El objetivo de este estudio es exponer los resultados obstétricos y perinatales de las pacientes con diagnóstico de pancreatitis que complica el embarazo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo efectuado con base en el análisis de los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de embarazo y pancreatitis aguda que tuvieron su atención y seguimiento en el servicio de Obstetricia de un solo centro de tercer nivel de atención médica entre enero de 2010 y diciembre de 2014.

Se recabaron datos de la paciente y su recién nacido. Las variables recabadas consistieron en datos demográficos, edad gestacional al momento de la manifestación del cuadro clínico, antecedentes personales patológicos, presencia o ausencia de hiperlipidemia, asociación de pancreatitis con litiasis de vía biliar, tratamiento intrahospitalario, forma en que terminó el embarazo, edad gestacional, APGAR del recién

nacido y complicaciones maternas y fetales. El diagnóstico de pancreatitis se estableció mediante la correlación de la evaluación clínica y los estudios paraclínicos.

RESULTADOS

Se identificaron nueve casos en un periodo de cuatro años, de un total de 22,885 nacimientos, lo que representa una incidencia de 39 casos por cada 100,000 nacidos vivos. Ocho casos se registraron en pacientes embarazadas y uno de ellos en una paciente que cursaba el puerperio de 12 días de evolución, el embarazo finalizó por cesárea, con distocia de contracción como diagnóstico.

La mediana de edad fue de 22 años con límites de 16 y 32 años. Del total de pacientes una cursaba el tercer embarazo con cesárea y un aborto previo. Otra paciente cursaba su segundo embarazo con una cesárea previa, otra paciente más estaba en el puerperio y las seis restantes eran primigestas.

Al momento del diagnóstico la media de edad gestacional fue de 31 semanas. El diagnóstico más temprano se estableció a las 9.2 semanas y el más tardío a las 39 semanas. La media de edad gestacional al nacimiento fue de 38 semanas (36-40 semanas de gestación), y la vía cesárea la más común; en 4 pacientes por indicación obstétrica, en 2 por diagnóstico de desproporcióncefalo-pélvica por estrechez pélvica y en otras 2 por distocia de contracción; 2 pacientes culminaron el embarazo por vía vaginal (partos eutópicos). Dos pacientes no terminaron el embarazo en nuestra institución y una paciente aún permanecía embarazada al momento del estudio.

Por lo que se refiere a los antecedentes personales patológicos, una paciente tenía registro de colecistectomía laparoscópica previa al em-

barazo y otra un episodio previo de pancreatitis biliar resuelta.

De la totalidad de casos, en 8 pacientes se describió como etiología biliar y sólo 1 caso se mantuvo como idiopático. Al analizar los estudios de laboratorio, 2 pacientes tenían hiperlipidemia; la media de lipasa sérica obtenida fue de 1029 U/L (376-1614 U/L). La evaluación clínica se efectuó con los criterios de Ranson; tres pacientes con puntaje 3, una con puntaje 2, otra con puntaje 1, el resto de las pacientes permaneció en 0.

Dos pacientes tuvieron complicaciones, una de ellas con diagnóstico de acidosis metabólica a expensas de la elevación de anión GAP, derrame pleural y atelectasia bilateral evidenciados por tomografía axial computada. Se realizó CPRE con datos de colédoco de 13.6 mm sin efecto de llenado y se extrajo material biliar. La paciente fue dada de alta luego de 7 días de estancia hospitalaria. Otra paciente, posterior al nacimiento, ingresó a la sala de Medicina Interna para ser atendida, con diagnóstico de pancreatitis biliar aguda grave, Ranson 1, Marshall II y choque séptico. Se realiza nuevamente ultrasonido de abdomen superior y se demostró colecistitis aguda, con líquido libre perivesicular. Se documentó acidosis metabólica con gap elevado. El choque se trató en la unidad de cuidados intensivos y se realizó intubación orotraqueal. Se colocó una sonda de colostomía percutánea guiada por ultrasonido. El cuadro clínico se complicó con síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, insuficiencia hepática grave y manifestaciones de CID, la paciente falleció cuatro días después de su ingreso. El resto de las pacientes no tuvo complicaciones.

La evaluación de los recién nacidos registró una media de peso al nacer de 3211 g (2850-3730 g), el Apgar al minuto obtuvo una mediana de 8, uno de ellos con 6 y recuperación a los 5

minutos; a los cinco minutos todos los recién nacidos tuvieron una valoración de 9.

En cuanto a los días de estancia intrahospitalaria, la media fue de 7 días con variación de 4 días la estancia más corta y 16 días la más prolongada.

DISCUSIÓN

La pancreatitis aguda se describe como una enfermedad inflamatoria del tejido pancreático, que cuando sobreviene durante el embarazo puede complicarlo. A lo largo de los años se han efectuado diversos estudios con incidencia de 1 caso por cada 1000 nacidos vivos a 1 en 12000 nacidos vivos dependiendo de la población estudiada.⁴ Por lo tanto, es difícil establecer una incidencia esperada de manera global. En nuestro centro se obtuvo una incidencia de 39 casos por cada 100,000 nacidos vivos (1 caso por cada 2564 nacimientos), dato que concuerda con la mayor parte de los reportes revisados.¹¹

Al evaluar la edad de aparición de esta enfermedad, en nuestra población se obtuvo una media de 22 años. Al compararla con otros estudios se reporta menor,^{12,13} esto quizás debido a que en nuestra población las mujeres se embarazan a menor edad.

En nuestro estudio la mayoría de las pacientes se diagnosticó durante el tercer trimestre, lo que coincide con los reportes previos que mencionan que a mayor edad gestacional mayor riesgo de esta complicación.²

Se demostró hiperlipidemia en solo dos casos, algunos autores correlacionan un estado previo de hiperlipidemia con mayor riesgo de padecer pancreatitis durante la gestación debido a su incremento aunado al aumento en el colesterol, que aunque normalmente estos cambios por sí mismos no son capaces de originar la



enfermedad, una elevación previa de sus cifras colocaría a la paciente en mayor riesgo de complicaciones.¹⁴

Todos los nacimientos ocurrieron en mujeres con embarazo a término, dos casos de complicaciones y una muerte materna, en ambas complicaciones se observó acidosis metabólica y una de ellas se complicó con síndrome de insuficiencia respiratoria aguda y CID que llevó a una muerte materna. Los recién nacidos de las pacientes con pancreatitis evolucionaron satisfactoriamente sin necesidad de apoyo neonatal.

CONCLUSIÓN

La pancreatitis aguda es un padecimiento de incidencia variable según la población estudiada, que aumenta su aparición conforme avanza el embarazo y puede tener complicaciones serias para la paciente debido a las alteraciones en diversos órganos y tejidos. Es de suma importancia prestar atención a los síntomas iniciales de la enfermedad, establecer un diagnóstico certero e iniciar el tratamiento multidisciplinario adecuado para que el pronóstico de vida de la madre y su hijo sea favorable.

REFERENCIAS

1. Gimenez T, Calvo A, Vicent J. Etiology of acute pancreatitis. *Cent Eur J Med.* 2014;9(4):530-42.
2. Hernandez A, Petrov MS, Brooks DC, Banks PA, Ashley SW, Tavakkolizadeh A. Acute pancreatitis and pregnancy: a 10-year single center experience. *Journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract.* 2007;11(12):1623-7.
3. Papadakis EP, Sarigianni M, Mikhailidis DP, Mamopoulos A, Karagiannis V. Acute pancreatitis in pregnancy: an overview. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology.* 2011;159(2):261-6.
4. Ramin KD, Ramin SM, Richey SD, Cunningham FG. Acute pancreatitis in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 1995;173(1):187-91.
5. Montgomery WH, Miller FC. Pancreatitis and pregnancy. *Obstetrics and Gynecology.* 1970;35(4):658-64.
6. Wilkinson EJ. Acute pancreatitis in pregnancy: a review of 98 cases and a report of 8 new cases. *Obstetrical & Gynecological Survey.* 1973;28(5):281-303.
7. Eddy J, Gideonsen M, Song J, Grobman W, O'Halloran P. Pancreatitis in Pregnancy: a 10 year retrospective of 15 Midwest hospitals. *Obs Gynecol.* 2010;12(5):1075-81.
8. Nuñez-Gonzalez J, Vera CS, Romero-Adrian T, Nuñez L, Montiel I, Boscan F, et al. Óxido nítrico, malondialdehído, perfil lipídico, factor de necrosis tumoral alfa y sus receptores solubles en mujeres no embarazadas, gestantes normales y preeclámpicas. *Gac Med Caracas.* 2001;109(3):352-60.
9. Vonlaufen A, Wilson J, Apte M. Molecular mechanism of pancreatitis: current opinion. *J Gastroenterol Hepatol.* 2008;23:1339-48.
10. Ducarme G, Chatel P, Alves A, Hammel P, Luton D. Management of necrotizing pancreatitis in the third trimester of pregnancy. *Archives of Gynecology and Obstetrics.* 2009;279(4):561-3.
11. Geng Y, Li W, Sun L, Tong Z, Li N, Li J. Severe acute pancreatitis during pregnancy: eleven years experience from a surgical intensive care unit. *Digestive diseases and sciences.* 2011;56(12):3672-7.
12. Zhang DL, Huang Y, Yan L, Phu A, Ran X, Li SS. Thirty-eight cases of acute pancreatitis in pregnancy: a 6-year single center retrospective analysis. *Journal of Huazhong University of Science and Technology Medical Sciences* 2013;33(3):361-7.
13. Sun L, Li W, Geng Y, Shen B, Li J. Acute pancreatitis in pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.* 2011;90(6):671-6.
14. Crisan LS, Steidl ET, Rivera-Alsina ME. Acute hyperlipidemic pancreatitis in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2008;198(5):e57-9.