

Médica Sur

Volumen 10
Volume

Número 2
Number

Abril-Junio 2003
April-June

Artículo:

Pancreatitis aguda y embarazo

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Médica Sur Sociedad de Médicos, AC.

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Pancreatitis aguda y embarazo

Dra. Magali Herrera Gomar,* Dr. Norberto C. Chávez-Tapia,* Dr. Javier Lizardi Cervera**

Resumen

La pancreatitis aguda es una complicación rara del embarazo; habitualmente se presenta en el tercer trimestre, y el 68% de los casos se debe a litiasis vesicular. El síntoma principal de la pancreatitis, es dolor epigástrico y periumbilical irradiado a la espalda. Es común encontrar hiperamilasemia y aumento del índice depuración amilasa/creatinina, leucocitosis e hiperglucemia. La tomografía dinámica del páncreas proporciona una valiosa información acerca de la severidad y el pronóstico en algunos casos. La interrupción del embarazo no es mandatoria, depende de las condiciones del producto y de las complicaciones maternas derivadas de la pancreatitis. La mortalidad materno-fetal es superior al 37%. La decisión de cuál será el manejo debe ser individualizado, tomando en cuenta la historia de la paciente, la edad gestacional y la respuesta de la enfermedad a la terapia conservadora.

Palabras clave: Pancreatitis, embarazo.

Paciente femenino de 38 años de edad, originaria y residente de México; D.F. de profesión licenciada en administración de empresas, cuenta con antecedentes quirúrgicos de apendicectomía a los 18 años de edad, niega consumo de alcohol y tabaquismo. Primigesta de 15.5 SDG. Inició hace una semana con dolor abdominal de tipo cólico, de intensidad 6/10, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, sin irradiaciones, sin atenuantes, con exacerbación progresiva, el cual hace tres días se acompañó de náusea y vómito de contenido gastrobiliar en seis ocasiones. Presenta además, intolerancia a la vía oral, sensación de distensión abdominal y palidez de tegumentos. Actualmente el dolor es transfixivo, de intensidad 9/10, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, sin atenuantes o exacerbantes, con fiebre de 38°C, escalofrío y diaforesis. Canaliza gases, niega acolia, coluria. Los estudios de laboratorio muestran anemia de Hb 10.9 mg/dL, Hto 31.7%, las pruebas de funcionamiento hepático con bilirrubina total de 1.88 mg/dL, con

Abstract

Acute pancreatitis is a rare complication in pregnancy; usually present in the third trimester of pregnancy, and 68% of cases are due to gallstones. Epigastric and periumbilical pain often radiates to the back is the major symptom of acute pancreatitis. Increased serum amylase and the urine amylase Cam/Ccr ratio, leukocytosis and hyperglycemia occurs frequently. A contrast-enhanced CT scan, in some case, provides valuable information on the severity and prognosis of acute pancreatitis. The differential diagnosis include: perforated viscus, acute cholecystitis, acute intestinal obstruction, renal colic, connective tissue disorders with vasculitis, pneumonia and ketoacidosis. The delivery of conceptus is not mandatory: it depends of fetal conditions and maternal complications associated with pancreatitis. Maternal and fetal mortality is over 37%. The decision of treatment depends of patient's history, gestational age and the treatment response with expectant therapy.

Key words: Pancreatitis, pregnancy.

bilirrubina directa de 1.25 mg/dL, bilirrubina indirecta de 0.63 mg/dL, TGP 306 UI/L, TGO 434 UI/L, fosfatasa alcalina de 230 UI/L, gammaglutamiltranspeptidasa 96 IU/L, globulinas 3.5, relación alb/glob 1. Tiene además hiperamilasemia de 2730 UI/L y lipasa sérica de 5589 UI/L.

Se tomó ultrasonido de hígado y vías biliares con múltiples cálculos en vesícula biliar y conductos dilatados. Se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) donde se encontró conducto hepático derecho con lito enclavado, dilatación de vías biliares, se hizo esfinterotomía y extracción del cálculo. La tomografía de abdomen mostró pancreatitis edematosa.

Discusión

La paciente de 38 años de edad tiene un embarazo de 15.5 SDG y pancreatitis de origen biliar; en general la incidencia de pancreatitis biliar durante el embarazo y el puerperio es una complicación rara, se ha reportado en un rango de 1 caso en 1,000 a 1 caso en 12,000 embarazos. La pancreatitis secundaria a alcoholismo es poco frecuente durante el embarazo. Otras causas incluyen drogas, cirugía abdominal, trauma, hiperparatiroidismo, hiperlipidemia, vasculitis e infecciones como rubéola y mononucleosis. Algunos casos son idiopáticos. El emba-

* Departamento de Medicina Interna.

** Subdirección Académica.

Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F.

razo no causa o altera significativamente la presentación clínica de la pancreatitis aguda.¹

La pancreatitis aguda habitualmente se presenta en el tercer trimestre del embarazo, y el 68% de los casos es debido a litiasis biliar.²

Existe controversia sobre si el embarazo por sí mismo es un factor de riesgo para la formación de litos; sin embargo, durante el embarazo ocurren una serie de cambios en la función hepatobiliar para crear un ambiente litogénico.³ Estos cambios incluyen estasis vesicular y secreción de bilis con cantidades aumentadas de colesterol con disminución de ácido quenodesoxicólico. En la mujer con litiasis preexistente el embarazo puede iniciar sus síntomas incluyendo dolor y aun colecistitis aguda. Esto puede ser más común en el periodo posparto que durante el embarazo. Sin embargo, el total de ocurrencia de enfermedad litiasica biliar en asociación con el embarazo es baja. El

efecto del embarazo, si es que existe, sobre la función exocrina pancreática no está definido.⁸ La pancreatitis aguda puede ocurrir durante el embarazo, pero no parece que se reduzca o aumente su frecuencia. El concepto de la pancreatitis causada por el embarazo *per se* no es válido aunque en mujeres susceptibles con dislipidemia (hipertrigliceridemia) puede ocurrir y servir como un factor etiológico.³ Los litos son una causa común de pancreatitis pero, en contraste con la mujer no embarazada, el alcohol es una causa inusual,⁴ al igual que la ascaridiasis biliar.⁵

La pancreatitis aguda asociada con preeclampsia-eclampsia es aún más rara, la posibilidad de un papel etiológico de los cambios isquémicos pancreáticos, daño endotelial, fuga transcapilar, coagulación intravascular y acidosis metabólica son desconocidos.³ La fisiopatología de la pancreatitis aguda en el embarazo se puede resumir en la *figura 1*.

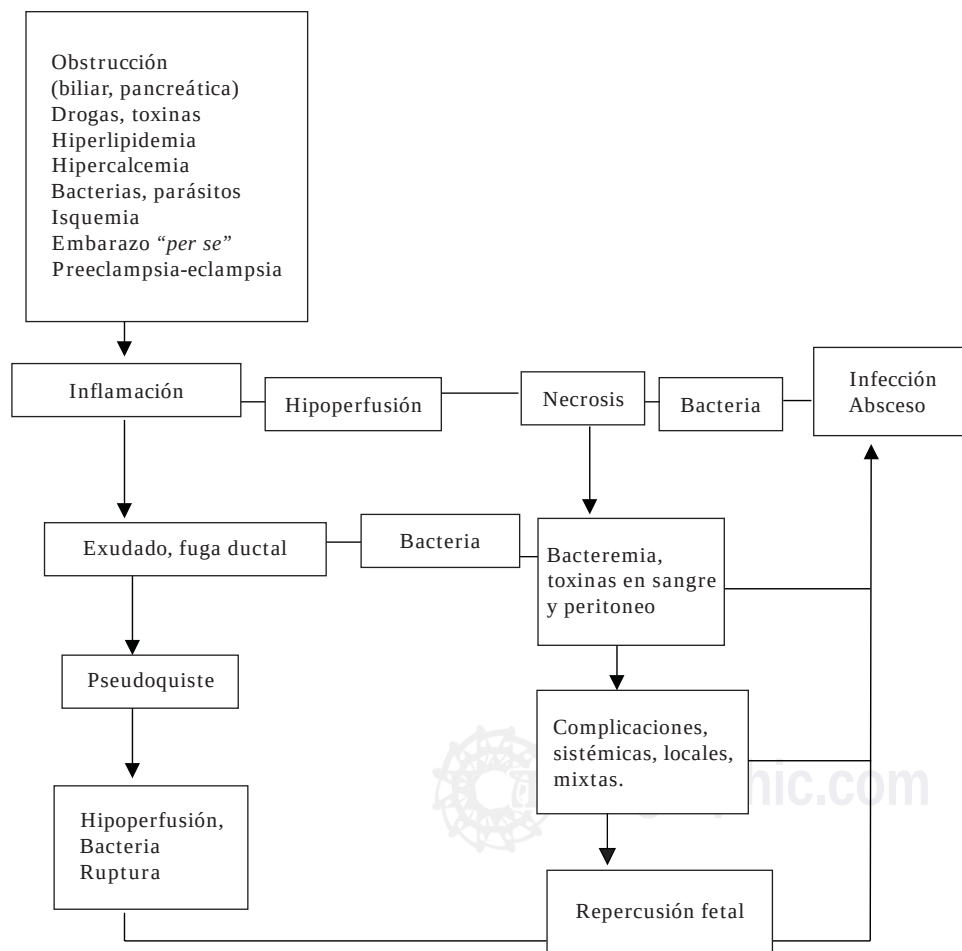


Figura 1. Fisiopatología de la pancreatitis aguda y embarazo.

El acontecimiento central en el origen de una pancreatitis aguda es la autodigestión del tejido pancreático como resultado de la activación de los precursores enzimáticos producidos por la propia glándula. Una vez activada la tripsina, ésta, a su vez, activa al resto de enzimas como la elastasa, kalikreína, lipasa, etc.

La agresión puede extenderse a los tejidos peripancreáticos produciendo lesiones en órganos vecinos (colon, estómago, duodeno y vasos esplénicos), exudado peritoneal y directamente o a través de linfáticos, derrame pleuropericárdico. En los casos más severos, las proteasas activadas actúan a nivel sistémico originando alteraciones hemodinámicas (vasodilatación, coagulación intravascular diseminada), metabólicas (hiperglucemia, hipocalcemia), y en el peor de los casos, insuficiencia renal, estrés respiratorio y fallo multiorgánico.

Cuadro clínico

Las manifestaciones pueden ser mayores orientando inequívocamente al diagnóstico. Sin embargo, se sospecha que la presentación más frecuente sea con mínimos síntomas lo que dificulta el diagnóstico. Con frecuencia ocurren náuseas, emesis y pirexia. Las pacientes pueden presentar dolor epigástrico con irradiación al hombro izquierdo y espalda, náusea, vómito y síntomas de abdomen agudo tales como sudoración, incremento en la frecuencia del pulso, hipotensión, dolor abdominal espontáneo o a la palpación y ausencia de peristalsis. Aunque la presentación de pancreatitis aguda puede ser similar a la del estado de no embarazada, las condiciones propias de la gestación en la función gastrointestinal o el desplazamiento de las vísceras abdominales por el útero crecido ofrecen problema diagnóstico. El diagnóstico diferencial es amplio y se describe en el *cuadro I*.

Algunos signos son dolor en la palpación de cuadrantes superiores del abdomen, rebote positivo, peristalsis abolida, distensión abdominal e incremento

en el timpanismo. Algunos casos se asocian a choque y ascitis, los signos de Cullen o Gray Turner, se deben a sangrado retroperitoneal. Se ha recomendado el uso de los criterios de Ranson y la escala de Glasgow modificada, así como la clasificación de APACHE II para la valoración diagnóstica y del pronóstico maternos.⁷

El diagnóstico se realiza de acuerdo a la presentación clínica, las pruebas del laboratorio y las revisiones radiológicas.

La amilasa y lipasa, son marcadores de pancreatitis aguda durante el embarazo porque los niveles de lipasa no cambian durante el embarazo y los de amilasa se mantienen normales hasta la mitad del embarazo que se elevan por la producción uterina.⁴

La hiperamilasemia puede ocurrir también en ceptoacidosis diabética, insuficiencia renal, perforación intestinal pero la amilasa y la lipasa en relación a la depuración de creatinina son normales en estas condiciones y están elevadas en la pancreatitis aguda. La hipertrigliceridemia puede bajar falsamente los niveles de amilasa sérica en pancreatitis, pero los niveles de lipasa permanecen elevados.³

El diagnóstico de pancreatitis aguda además del cuadro clínico y la exploración física se hace con la determinación de amilasa sérica, la elevación de dos o tres veces superior a lo normal sugiere el diagnóstico en la mayoría de los casos. El problema de este parámetro es su baja especificidad, por lo que si no podemos descartar razonablemente otras causas de hiperamilasemia, debemos recurrir a la estimación de lipasa que, junto al de amilasa, ofrecen una sensibilidad y especificidad del 95%.⁷

Se deben solicitar otros datos de laboratorio:

- Biometría hemática.
- Albúmina, glucosa, urea, creatinina, triglicéridos.
- AST, ALT, bilirrubina, fosfatasa alcalina, LDH.
- Calcio, magnesio, sodio, potasio.
- Equilibrio ácido-base.
- Gasometría.

Todo ello con el fin de aproximarse al diagnóstico etiológico: de las dos causas más comunes de pancreatitis aguda, es sugestivo de etiología biliar cifras de alanino aminotransferasa (ALT) > 80 UI/L, sospecha que se verá confirmada con la presencia de cálculos en las pruebas de imagen.⁷

La ultrasonografía abdominal se utiliza para detectar colelitiasis y dilatación del conducto biliar, pero la ultrasonografía endoscópica se requiere para detectar coledocolitiasis en los lugares donde está disponible. La

Cuadro I. Diagnóstico diferencial

Colecistitis aguda	Colitis
Úlcera duodenal perforada	Gastritis
Apendicitis	Hepatitis
Obstrucción intestinal aguda	Hernia hiatal
Cetoacidosis diabética	Litiasis renal
Parasitosis (ascaridiasis)	Trabajo de parto
Hígado congestivo (preeclampsia-eclampsia, HELLP)	

ultrasonografía abdominal es útil para detectar inflamación pancreática en pacientes delgados o con pancreatitis leve a moderada, pero la TAC se utiliza en pancreatitis severa para delimitar áreas de necrosis pancreática.⁴

Etapas de la gestación y características clínicas

La pancreatitis aguda puede complicar cualquier etapa del embarazo. Durante el primer trimestre se ha demostrado ascaridiasis o bien un ataque agudo de pancreatitis crónica reciente debido a litiasis biliar, por ejemplo. También se han descrito casos idiopáticos complicando al segundo trimestre. Los casos más numerosos se detectan en el tercer trimestre del embarazo. Muchas pacientes experimentan mejoría del cuadro pancreático después de la resolución del embarazo vía vaginal o cesárea. Sin embargo, se han reportado casos en el puerperio inmediato complicado con eclampsia, o sin ella.³

La pancreatitis en el embarazo es usualmente leve y responde a terapia médica incluyendo ayuno, administración intravenosa de líquidos, analgesia, y posiblemente succión gástrica. El meperidino es el medicamento de elección para la analgesia porque no causa contracción del esfínter de Oddi, parece ser seguro por su vida media corta durante el embarazo. La pancreatitis severa con un flemón, absceso, sepsis o hemorragia necesita monitoreo en una unidad de cuidados intensivos, terapia antibiótica, nutrición parenteral total y posible aspiración radiológica o debridamiento quirúrgico. Otras medidas terapéuticas utilizadas con menor frecuencia o con más restricciones incluyen el uso de atropina, glucagón, flururacilo y calcitonina para disminuir la secreción pancreática, indometacina para reducir el nivel de prostaglandinas y de aprotinina, y gabexato para inhibir proteasas. Pseudoquistes pancreáticos persistentes y grandes requieren drenaje endoscópico, radiológico o cirugía. El embarazo no debe retrasar la aspiración o cirugía. La esfinterotomía endoscópica puede realizarse durante el embarazo con mínima exposición del feto.¹

La colecistectomía raras veces es necesaria durante el embarazo tanto para la colecistitis aguda como para la pancreatitis biliar, pero puede hacerse si es necesario en una forma más segura después del primer trimestre. La papilotomía endoscópica y la remoción de un lito son posibles durante el embarazo y

pueden ser el tratamiento de elección para esta condición inusual. La cirugía abierta con drenaje o bien resección pancreática parcial o total raras veces resultan necesarias.¹

La mortalidad materna es baja en pancreatitis no complicada pero excede el 10 % en pancreatitis complicada. La pancreatitis durante el primer trimestre se asocia a desgaste fetal y durante el tercer trimestre se asocia a trabajo de parto prematuro.¹

Conclusiones

La pancreatitis es una complicación rara pero posible durante el embarazo y puerperio. Presenta una diversidad en sus manifestaciones clínicas o la repercusión materna es variable. El diagnóstico diferencial es amplio y difícil, lo que frecuentemente causa retraso en el tratamiento. El seguimiento clínico y los estudios complementarios resultan vitales para un abordaje temprano y adecuado, lo cual reduce la morbi y mortalidad materno-fetal. La resolución del embarazo no forma parte del protocolo de tratamiento sino que debe individualizarse en base a las repercusiones fetales del cuadro pancreático.¹

Referencias

1. Malangoni MA. Gastrointestinal surgery and pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 2003; 32(1): 181-200.
2. Ramin KD, Ramin SM, Richey SD. Acute pancreatitis in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 187-191.
3. Vázquez RJG. Pancreatitis aguda y embarazo. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int* 1997; 11(4): 117-120.
4. Scout LD. Gallstone disease and pancreatitis in pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 1992; 21: 803- 815.
5. Asrat T, Rogers N. Acute pancreatitis caused by biliary *Ascaris* in pregnancy. *J Perinatol* 1995; 15: 330-332.
6. Scott LD. Gallstone disease and pancreatitis in pregnancy. *Am J Gastroenterol* 2003; 98(2):308-11.
7. Steinberg W, Tenner S. Acute pancreatitis. *N Engl J Med* 1994; 330: 1198-1208.
8. Scott LD. Gallstone disease and pancreatitis in pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 1992; 21: 803-815.

Correspondencia:
Dra. Magali Herrera Gomar
Puente de Piedra No. 150.
Col Toriello Guerra. Tlalpan 14050
México, Distrito Federal
Subdirección Académica.
Tercer Piso de Hospitalización.