

Pancreatitis y embarazo

Jesús Carlos Briones Garduño,* Erika D García Ochoa,* Julio César Zavala Castillo,‡
 Carlos Campos Castillo,§ Oswaldo I Sandoval Ayala,* Carlos Gabriel Briones Vega,^{||}
 Manuel Antonio Díaz de León Ponce[¶]

RESUMEN

Introducción: La pancreatitis aguda durante el embarazo oscila entre uno en mil, hasta uno en doce mil nacimientos, la causa más frecuente es la enfermedad biliar, también puede asociarse con la hipertrigliceridemia o preeclampsia con síndrome microangiopático. En la patogénesis se reconocen dos fases: la primera de respuesta inflamatoria sistémica, debida a la liberación de mediadores vasoactivos y tóxicos (primeras dos semanas) y una segunda, en que ocurren las complicaciones sépticas (tercera semana en adelante). La litiasis biliar y el alcoholismo constituyen de 75 al 95% de las causas de pancreatitis aguda, la falla orgánica múltiple y los criterios de Ranson, tienen una sensibilidad de 88% para predecir un mal pronóstico.

Objetivo: Presentar la evolución y los resultados de una serie de casos de pancreatitis y embarazo.

Material y métodos: Serie de casos formada con quince pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos con criterios de ingreso clínicos, bioquímicos y morfológicos.

Resultados: Se documentó solamente etiología de origen biliar, fueron tratados con manejo médico y quirúrgico mediante colecistectomía laparoscópica un caso con CEPRE, seguimiento de los embarazos hasta su resolución, un caso concluyó en aborto incompleto.

Discusión: La pancreatitis aguda durante el embarazo es una causa poco frecuente, pero debe considerarse como una complicación grave con una fisiopatología compleja.

SUMMARY

Introduction: Acute pancreatitis during pregnancy ranges from one thousand to one in twelve thousand births, the most frequent cause is biliary disease, also associated with hypertriglyceridemia or pre-eclampsia and microangiopathic syndrome. Two phases are recognized in the pathogenesis: systemic inflammatory response, due to the release of mediator's vessel active and toxic (first two weeks) and a second, in which occur the septic complications (third week onwards). The gallstones and alcoholism are 75 to 95% of the causes of acute pancreatitis, multiple organic failure and Ranson's criteria, have a sensitivity of 88% to predict poor prognosis.

Objective: Is to present developments and the results of a series of cases of pancreatitis and pregnancy.

Material and methods: Number of cases, with fifteen patients clinical, biochemical and morphological admitted to intensive care with entry criteria.

Results: Has documented the etiology of biliary origin, were treated with medical and surgical management through laparoscopic cholecystectomy a case with CEPRE, follow-up of pregnancies until its resolution, a case concluded in incomplete abortion.

Discussion: Acute pancreatitis during pregnancy is a rare cause, but should be considered a serious complication, with a complex pathophysiology.

Findings: Acute pancreatitis can occur in three quarters, associated with biliary disease, 46% required laparoscopic cholecystectomy, and the basis of the diagnosis was clinical, biochemical and morphological.

www.medigraphic.org.mx

* Unidad de Cuidados Intensivos en Ginecología y Obstetricia. Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga».

‡ Director Quirúrgico. Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga».

§ Cirujano adscrito a la Unidad 307.

^{||} Jefe de Atención Materno-Fetal. Instituto de Genética e Infertilidad, México, D.F.

[¶] Academia Nacional de Medicina. Academia Mexicana de Cirugía, México, D.F. Profesor adjunto del Diplomado de Medicina Crítica en Obstetricia, UNAM.

Conclusiones: La pancreatitis aguda se puede presentar en los tres trimestres asociada con enfermedad biliar, 46% requirió colecistectomía laparoscópica y la base del diagnóstico fue clínica, bioquímica y morfológica.

Palabras clave: Pancreatitis, embarazo.

Key words: Pancreatitis, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La historia y la evolución de la pancreatitis aguda se remonta al año de 1578 cuando Albert describe «la hemorragia pancreática y el síntoma dolor seguidos de muerte». La pancreatitis aguda es una patología que tiene impacto en la salud pública en virtud de la presentación de falla orgánica múltiple y/o complicaciones locales como necrosis, abscesos o pseudoquistes. Según el INEGI, en 1999 se clasificó en el lugar número veinte como causa de mortalidad en nuestro país; durante el embarazo es mucho menos frecuente y de menor impacto en la salud materno-fetal. Se estima que asociada con la gestación tiene un rango muy variable que oscila entre uno en mil, hasta uno en doce mil nacimientos, la causa más frecuente es la enfermedad biliar preexistente, o bien, asociada con cambios en la función hepatobiliar, como la estasis vesicular y secreción de bilis con aumento de colesterol y disminución de secreción de ácido quenodesoxicólico. También hay reportes de casos de pancreatitis y embarazo asociados con la hipertrigliceridemia o,

inclusive, en pacientes con preeclampsia y síndrome microangiopático.¹⁻³

Los efectos de la inflamación del páncreas se conocen desde hace muchos años; sin embargo, fue hasta las reuniones internacionales en Marsella 1963 y 1965, Cambridge 1983, Marsella 1984, Atlanta 1992 y Santorini en 1998 y con base en los criterios de Ranson y Balthazar (*Cuadros I y II*) se determinó la actual clasificación de la pancreatitis aguda:⁴

- Pancreatitis aguda grave (PAG) con criterios diagnósticos: clínicos, de laboratorio y gabinete.
- Necrosis pancreática (NP) con criterios clínicos, de laboratorio y gabinete.
- Absceso pancreático (AP) con criterio clínico y de patología.

La patogénesis de la pancreatitis aguda aún no se conoce del todo, pero se reconocen dos fases: una fase inicial de respuesta inflamatoria sistémica, debida a la liberación de mediadores vaso activos y tóxicos provocados por el proceso necrotizante (primeras dos semanas) y una segunda fase, en que

Cuadro I. Datos de laboratorio de Ranson para el diagnóstico de pancreatitis grave.

Al ingreso	Después de 48 horas
Edad > 55 años	Caída del hematocrito > 10 puntos
Leucocitosis > 16,000/mm ³	Aumento del nitrógeno ureico > 5 mg/dL
Glicemia > 200 mg/dL	Calcemia < 8 mg/dL
Deshidrogenasa láctica > 350 U/L	PaO ₂ < 60 mmHg
Transaminasa glutámico-oxalacética > 250 U/L	Pérdida de bases > 4 mmol/L
	Déficit de volumen > 6 L

Cuadro II. Criterios de Balthazar para la clasificación de pancreatitis grave.

Grado	Datos de gabinete
A	Páncreas de aspecto normal
B	Agrandamiento focal o difuso del páncreas, incluyéndose los límites glandulares irregulares, el aspecto heterogéneo, la dilatación del conducto de Wirsung y las pequeñas colecciones intrapancreáticas. No se observa una afección periglandular
C	Grado B asociado con un aspecto heterogéneo de la grasa peripancreática. Implica el compromiso de la misma
D	Colección líquida aislada
E	Dos o más colecciones líquidas poco definidas o la presencia de gas intra o peripancreático

ocurren las complicaciones sépticas (tercera semana en adelante). El daño a las células acinares y la autodigestión pancreática, como resultado de la liberación de enzimas lipolíticas y proteolíticas, la hipertensión del conducto pancreático y, finalmente, la necrosis del tejido pancreático explican el contexto de la pancreatitis aguda.⁵ La litiasis biliar y el alcoholismo constituyen de 75 al 95% de las causas de pancreatitis aguda en nuestro medio; la litiasis actúa mediante un mecanismo de obstrucción y estimulación continua de la secreción pancreática. Por otra parte, el alcohol ejerce un daño agregado por lesión directa a la célula acinar.^{6,7} La falla orgánica múltiple en pacientes con pancreatitis aguda y los criterios de Ranson tienen una sensibilidad de 88% para predecir un mal pronóstico en la evolución de esta patología.⁸

OBJETIVO

Presentar los datos clínicos, de laboratorio y gabinete que tienen las pacientes con pancreatitis y embarazo. El tratamiento efectuado en ellas en forma retrospectiva y observacional, atendidas en una Unidad de Cuidados Intensivos de Obstetricia (UCIO).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron los expedientes de quince pacientes con diagnóstico de pancreatitis y embarazo que ingresaron a la UCIO del Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga» durante tres años (agosto del 2010 a agosto del 2013).

Se describen los datos clínicos de las pacientes: edad, semanas de gestación del embarazo, estancia hospitalaria, manifestaciones de irritación

peritoneal, los resultados de la cuenta y determinación de leucocitos, hemoglobina, hematocrito, glucosa, calcio, lipasa y amilasa. Se utiliza la clasificación de Balthazar para clasificarlos por ultrasonido de hígado y vías biliares o tomografía en caso necesario. El tratamiento efectuado y los resultados obstétricos obtenidos en las pacientes y los productos.

RESULTADOS

Se presenta en los tres primeros trimestres del embarazo, siendo la frecuencia más alta en el tercer trimestre en pacientes jóvenes y las manifestaciones clínicas son de dolor en epigastrio con discreto rebote positivo en todos los casos (*Cuadro III*).

Los datos de laboratorio muestran leucocitosis, hemoglobina y hematocrito sin cambios e hipocalcemia y aumento importante de enzimas pancreáticas (*Cuadro IV*).

El diagnóstico se efectúa primero por la sospecha del clínico, sobre todo en el tercer trimestre, y puede confundirse con gastritis por compresión por el útero gestante o con hepatopatía toxémica, por lo que se debe efectuar ultrasonido de hígado y vías biliares y, en caso necesario, de todo el abdomen y en ocasiones hay que confirmar con tomografía del mismo. En todos los casos existía patología biliar secundaria a litiasis y uno por suboclusión por cirugía biliar previa (*Figuras 1 a 3*).

En el *cuadro V* se observa el diagnóstico efectuado por gabinete y la calificación de Balthazar.

El tratamiento efectuado fue médico y quirúrgico. Los resultados, evolución de las pacientes y del producto se observan en el *cuadro VI* y sólo en el caso de obstrucción postcirugía biliar se efectuó colangiografía retrógrada endoscópica (CEPRE).

Cuadro III. Datos clínicos de las 15 pacientes.

Edad	Gestación (Semanas)	Trimestre del embarazo	Estancia en la UCIO (días)	Manifestaciones de irritación peritoneal
22.6 ± 5	24.7 ± 9.3	1º 2 (13.3%) 2º 6 (40%) 3º 7 (46.6%)	8.6 ± 5.5	Dolor en el epigastrio 100%

Cuadro IV. Datos de laboratorio al ingreso de las 15 pacientes.

Leucocitos	Hb	Ht	Calcio	Lipasa	Amilasa
13.6 ± 4.5	12.3 ± 9.3	34.4 ± 4.3	8.5 ± 0.6	1,135 ± 1,007	1,193 ± 1,156

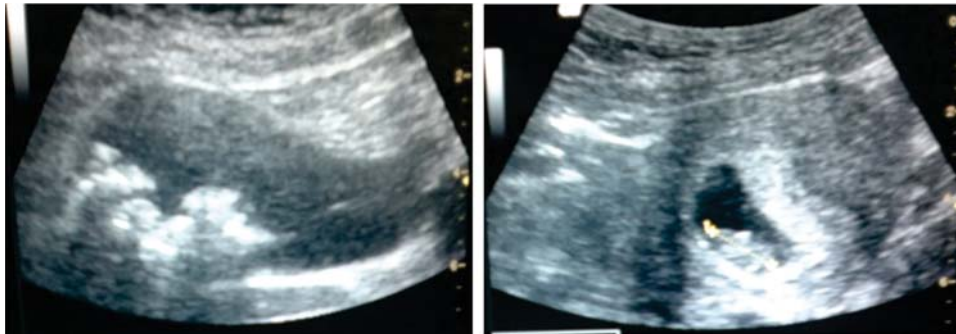


Figura 1.

Ultrasonidos de una paciente con litiasis vesicular y embarazo de 16 semanas con pancreatitis grave.



Figura 2. Ultrasonido que muestra obstrucción residual obstructiva postcolecistectomía resuelta con CEPRE en paciente con embarazo y pancreatitis.



Figura 3. Tomografía de una paciente con pancreatitis y embarazo Balthazar grado E. Embarazo de 18 semanas, dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, ascitis derrame pleural bilateral y hepatoesplenomegalia.

Cuadro V. Diagnóstico y calificación de las 15 pacientes por gabinete.

Diagnóstico	Calificación
Litiasis 15 (100%)	Balthazar grado B 3 (20%) Balthazar grado E 12 (80%)

Cuadro VI. Tratamiento efectuado en las 15 pacientes y evolución de las mismas y del producto.

Tratamiento	n %	Evolución	
		Madre	Producto
Médico	8 (53.3%)	Mortalidad 0 (0%)	Abortos 2 (13.3%) Prematuros 3 (20%) Término 3 (20%) Continua 7 (46.7%) el embarazo
Quirúrgico Colecistectomía laparoscópica	7 (46.7%)		

DISCUSIÓN

La pancreatitis en el embarazo se puede presentar en los tres trimestres del mismo. La causa principal es la litiasis biliar en 100% de los casos, el diagnóstico se efectúa por laboratorio y gabinete de acuerdo con los criterios de Ranson y Balthazar. El tratamiento puede ser médico o quirúrgico con buena evolución de las pacientes y alta sobrevivencia de los productos, sobre todo en los dos últimos trimestres del embarazo en una UCIO.

La causa más común de pancreatitis y embarazo es la enfermedad biliar (67 al 95%), durante el embarazo se incrementan las concentraciones de colesterol y triglicéridos con un pico máximo de elevación durante el tercer trimestre, esto favorece la estasis biliar, la secreción de bilis con altas cantida-

des de colesterol y la disminución en la concentración del ácido quenodesoxicólico favorecen la formación de cálculos, también durante el embarazo se pueden presentar casos con hiperlipoproteinemias por dos mecanismos, por desórdenes primarios o causas genéticas del metabolismo, o bien, por desórdenes secundarios frecuentemente relacionados con la dieta y el «estilo de vida», otro mecanismo fisiopatológico lo observamos en pacientes con isquemia secundaria a estados de choque, tromboembolismo, o bien, casos de preeclampsia asociados con la microangiopatía o vasculopatías. Es importante señalar que durante la gestación se produce un estado de resistencia a la insulina, secundario al efecto de diversas hormonas como el lactógeno placentario, progesterona, prolactina, cortisol y hormona del crecimiento que disminuyen la sensibilidad a la insulina a nivel muscular, lo cual puede explicar el comportamiento metabólico en este grupo de pacientes.^{9,10}

La pancreatitis aguda durante el embarazo es una causa poco frecuente de dolor abdominal y, aunque rara vez puede evolucionar a la forma necrosante, debe considerarse como una complicación grave, de diagnóstico difícil cuando no se contempla esta posibilidad, dentro de los factores causales destaca la enfermedad biliar que puede o no ser litiasica, con menor frecuencia la hipertrigliceridemia, el alcoholismo y secundaria a fármacos, cirugía abdominal, trauma o posterior a la realización de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CEPRE), hiperparatiroidismo, preeclampsia, vasculitis infecciosa como rubeola y mononucleosis.^{11,12}

CONCLUSIONES

La pancreatitis en el embarazo se puede presentar en los tres trimestres del mismo. La causa principal es la litiasis biliar en 100% de los casos. El diagnóstico se efectúa por laboratorio y gabinete de acuerdo con los criterios de Ranson y Balthazar. El tra-

tamiento puede ser médico o quirúrgico con buena evolución de las pacientes y alta sobrevivida de los productos, sobre todo en los dos últimos trimestres del embarazo en una UCIO.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez LR, Chapa AO, Gutiérrez VR, Fernández HE. Utilidad del déficit de base como factor pronóstico en la pancreatitis aguda. *Gac Méd Méx.* 2003;139(2):108-111.
2. Vázquez RJG. Pancreatitis aguda y embarazo. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int.* 1997;11(4):117-120.
3. Briones GJC, Castañón GJA, Díaz de León PM, Briones VCG. La unidad de cuidados intensivos multidisciplinaria y la medicina crítica en gineco-obstetricia. *Rev Asoc Med Crit y Ter Int.* 1996;10(6):276-279.
4. Díaz de León PM, Galeano MTM, García RD, Briones GJC, Gómez-Bravo TE. Diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda grave (PAG). *Rev Asoc Med Crit y Ter Int.* 2003;17(3):104-110.
5. Arenas OJ, Salazar ED, Martínez GH, Vadillo BM, Briones GC, Gómez CJG. Efecto de la infusión intraduodenal de lidocaína sobre pancreatitis aguda experimental. *Cir Ciruj.* 2008;76:473-479.
6. Sánchez LR, Acosta RAV, Chapa AO, Hurtado LLM. Etiología como determinante de severidad en la pancreatitis aguda. *Gac Méd Méx.* 2003;139(1):27-31.
7. Sánchez LR, Camacho HMI, Vega ChRG, Garza FJH, Campos CC, Gutiérrez VR. Pancreatitis aguda: experiencia de cinco años en el Hospital General de México. *Gac Méd Méx.* 2005;141(2):123-127.
8. Sánchez LR, Chapa AO, Vega ChRG, Garza FJH, Campos CC, Gutiérrez VR. Frecuencia de falla orgánica en la pancreatitis aguda necrótica. *Gac Méd Méx.* 2005;141(3):175-179.
9. Trejo LJA, Contreras GN, Barrera RJM, Ayala GF, Sánchez PLA. Síndrome de HELLP relacionado con pancreatitis aguda. *Med Int Mex.* 2006;22:465-468.
10. Torres CJ, vadillo BM, González BD. Pancreatitis hipertriglicéridémica durante el embarazo. Comunicación de un caso. *Ginecol Obstet Mex.* 2006;74:170-176.
11. Gonzalo I, Berzosa J, Díaz M. Pancreatitis aguda en el embarazo. *Clin Invest Gin Obst.* 2008;35(1):29-31.
12. Herrera GM, Chávez TN, Lizardi CJ. Pancreatitis aguda y embarazo. *Médica Sur, México.* 2003;10(2):101-104.

Correspondencia:

Acad. Dr. Jesús Carlos Briones Garduño
E-mail: drcarlosbriones@yahoo.com.mx