

## INFORME DE CASO

# Tratamiento no quirúrgico de colección pancreática en pancreatitis aguda grave. Presentación de caso

## Non surgical treatment of pancreatic collection in severe acute pancreatitis. Case presentation

**Dr. Aristides Portal Chirino<sup>1</sup>**

**Dr. Ricardo Orlando Alemán Barrera<sup>2</sup>**

**Dr. Michel Alfredo Rodríguez Martínez<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital General Docente de Placetas, Placetas, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: [reyherrera@capiro.vcl.sld.cu](mailto:reyherrera@capiro.vcl.sld.cu)

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital General Docente de Placetas, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: [alemanb@capiro.sld.cu](mailto:alemanb@capiro.sld.cu)

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital General Docente de Placetas, Placetas, Villa Clara. Correo electrónico: [bibhosplac@capiro.vcl.sld.cu](mailto:bibhosplac@capiro.vcl.sld.cu)

## RESUMEN

La pancreatitis aguda es un gran drama abdominal, de gravedad variable, seleccionar el tratamiento apropiado requiere identificación de pacientes con riesgo de complicaciones y muerte, ningún método detecta todos los pacientes que van a desarrollar complicación. La atención varía desde conducta quirúrgica temprana a tratamiento médico en las Unidades de Cuidados Intensivos cuyo principal objetivo es corregir la hipovolemia, y detención o regresión del Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica. La atención debe ser por un equipo multidisciplinario. Los antimicrobianos profilácticos han sido controversiales; en países en vías de desarrollo con recursos limitados, esta terapéutica puede ser beneficiosa. Se presenta una mujer de 36 años que sufre de pancreatitis aguda grave con colección pancreática, que se le indicó tratamiento médico no intervencionista y antibioprofilaxis teniendo una evolución favorable, con resolución total, la cual estuvo ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente de Placetas en octubre del 2012.

**Palabras clave:** pancreatitis, terapéutica

## ABSTRACT

Acute pancreatitis is a great abdominal drama, of varying severity, select the appropriate treatment requires identification of patients at risk of complications and death, no method detects all patients will develop complications. The focus ranges from early surgical treatment to medical treatment in intensive care units whose main purpose is to correct hypovolemia and arrest or regression of systemic inflammatory response syndrome. Attention should be by a multidisciplinary team. Prophylactic antimicrobials have been controversial; in developing countries with limited resources, this therapy may be beneficial. It is presented a woman with 36 years old, suffering from severe acute pancreatitis with pancreatic collection, she was told no interventional medical treatment and antibiotic prophylaxis having a favorable outcome with complete resolution, who was entered in the Unit of Intensive Care of the General Teaching Hospital in Placetas on October 2012.

**Key words:** pancreatitis, therapeutics

La pancreatitis aguda (PA) es un gran drama abdominal, motivo de ingreso frecuente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), comprende diversos grados de inflamación aguda del páncreas que puede llegar hasta la necrosis glandular y periglandular de magnitud diferente<sup>1</sup>. La gravedad de la PA es muy variable, por lo que la selección y evaluación del tratamiento apropiado requiere rápida identificación de pacientes críticamente enfermos y con alto riesgo de complicaciones y muerte<sup>2</sup>.

La conducta ante la PA severa ha variado desde tratamiento quirúrgico temprano a tratamiento médico; pacientes con PA grave presentan una alta mortalidad, debido, principalmente, a la falla orgánica múltiple. El ingreso de estos pacientes a las UCI, ha permitido un adecuado tratamiento como: resucitación con fluidos, nutrición enteral, óptimo medio interno, así como adecuado soporte respiratorio; buscando prevenir, revertir o atenuar la disfunción orgánica. La atención a los pacientes que sufren esta enfermedad debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario<sup>3</sup>.

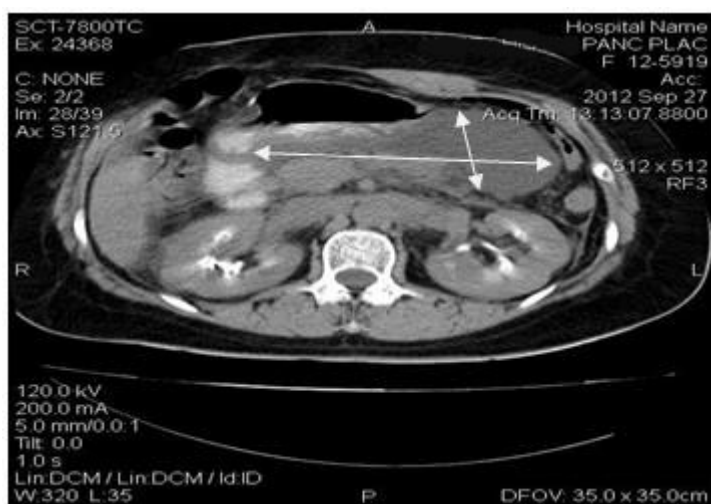
## PRESENTACIÓN DE LA PACIENTE

Mujer de 36 años, piel blanca, antecedentes de asma bronquial, colecistectomizada hace 12 años por litiasis vesicular, además de padecer de gastritis eritematosa. Acude a Cuerpo de Guardia, por presentar dolor epigástrico intenso sin irradiación que no se alivia con la administración de analgésicos parenterales, acompañado de náuseas y vómitos por lo que se decide su ingreso con diagnóstico de crisis de gastritis en el Servicio de Cirugía del Hospital General Docente de Placetas.

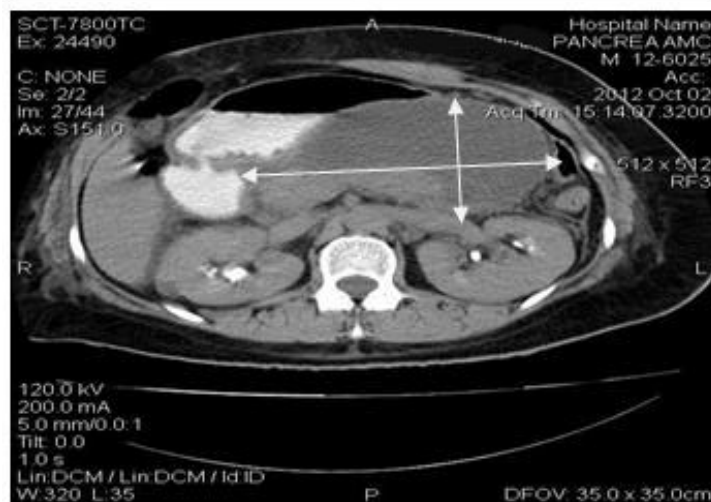
Al examen físico impresionaba agudamente enferma con palidez cutánea; mucosa oral seca, taquicardia de 110 L/min tensión arterial 110/70 y polipnea de 26 r/min. Semiológicamente al examinar el abdomen a la palpación superficial y profunda, la paciente aquejó dolor epigástrico sin signos de reacción peritoneal. Exámenes complementarios: Al inicio: Hb 108g/l, Hto: 0,35l/l; leucograma total  $12,8 \times 10^9$  /l, Poli 0,58, Linfo 0,40 Eo 0,02, glucemia

5,8 mmol/l y amilasa sérica 154 Unidades internacionales (UI). Ultrasonido Abdominal (US) sin alteraciones. Evolutivamente presentó fiebre de 38.8°C y aumentó el dolor, se realizó laparoscopia informando sufusiones hemorrágicas en asas delgadas, se elevó la amilasa sérica (785 UI.), leucocitosis de  $17,2 \times 10^9/l$ , glucemia en 11,5 mg/dL, TGP 342 UI, gasometría arterial pH: 7,29, PCO<sub>2</sub>: 28,6mmHg, PO<sub>2</sub>: 76,2 mmHg, SB: 24,2 mmHg, EB: -3,8; Na: 152 mMol/l, K: 4,2 mMol/L, Creatinina 181 mMol/L, radiografía de torax: radioopacidad del ángulo costofrénico izquierdo en relación con derrame pleural de pequeña cuantía. Se interpretó como una PA y fue trasladada a la UCI al detectarse un Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS), APACHE II 15 puntos, y 3 puntos según criterios de Ramson. Se realizó TAC de páncreas 27/9/2012 que informó gruesa imagen hipodensa de 146x49 mm en íntimo contacto con el páncreas, con borramiento de la grasa peritoneal en el hipocondrio izquierdo, Grado D según criterios morfológicos de Balthazar y se continuó terapéutica conservadora añadiendo antibioprofilaxis con Ciprofloxacino 400mg EV cada 12 horas. (figura 1)

Se repitió TAC (figura 2), donde se observó aumento de tamaño de la colección en contacto con el páncreas y el estómago. Teniendo en cuenta que mantenía un SRIS y los hallazgos de la TAC se inició tratamiento con Meropenem 1g EV cada 8 horas.



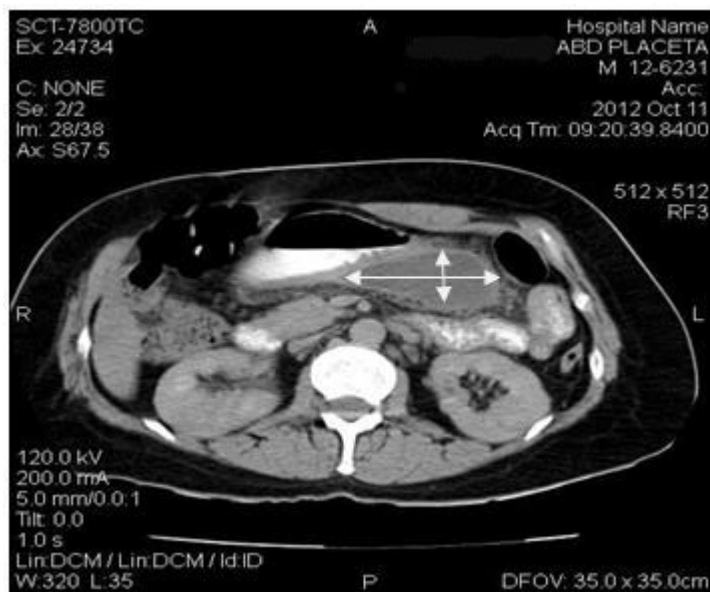
**Figura 1.** TAC de de páncreas. Se observa imagen hipodensa peripancreática



**Figura 2.** TAC de páncreas. Se observa aumento de tamaño de la colección

La evolución fue favorable, desapareció la fiebre, mejoró el estado general y la tolerancia a la alimentación, disminuyendo progresivamente la hidratación

parenteral y manteniéndose la terapéutica medicamentosa, desapareció el SIRS y se realizó nueva tomografía (figura 3) que demuestra la disminución del tamaño de la colección con paredes bien definidas y sin otra alteración.



**Figura 3.** Disminución de tamaño de la colección con bordes bien definidos

Teniendo en cuenta la evolución se suspendió el antimicrobiano y se mantuvieron el resto de las medidas las cuales fueron suspendidas tres días más tarde y la paciente fue egresada. El US abdominal no mostró colección (figura 4).



**Figura 4.** US Abdominal. Se observa páncreas de tamaño normal

## COMENTARIO FINAL

La identificación de pacientes con elevado riesgo para desarrollar una PA grave es crucial ya que de esto se derivará una estrecha vigilancia y una posible intervención. No hay un método de predicción de gravedad que sea perfecto; ninguno es capaz de detectar la totalidad de pacientes que van a desarrollar una complicación<sup>4</sup>. Los indicadores más usados son: SRIS, criterios de Ranson y Glasgow y APACHE II, diagnóstico por imágenes (Criterios de Balthazar por

TAC), fallo orgánico y datos de laboratorio (Hematocrito, Proteína C reactiva, ácido láctico)<sup>5</sup>.

Dos o más de los factores pronóstico actualmente disponibles son útiles para predecir el riesgo<sup>6</sup>. En la paciente en que se presenta, se diagnosticó un SRIS al momento del ingreso y posteriormente una colección pancreática única en la tomografía, clasificada como Balthazar D por lo que se consideró una PA grave. Actualmente hay un amplio consenso para prolongar, durante las primeras tres o cuatro semanas, el tratamiento médico de la PA con necrosis estéril. Se debe retrasar la actitud intervencionista siempre que sea viable, con la finalidad de dar margen a una posible resolución espontánea de la necrosis, o a que ésta se organice y encapsule, lo que favorecerá una mejor manipulación<sup>7</sup>.

El tratamiento médico tiene como principal objetivo la corrección de la hipovolemia, así como la detención o regresión del SRIS lo que deprime el sistema inmune y predispone a las infecciones nosocomiales incluidas la infección de la necrosis pancreática<sup>8</sup>. El uso de antibioprolifaxis ha sido controversial en la PA necrotizante<sup>9</sup>, a pesar de que en países en vías de desarrollo con recursos limitados, el uso de esta terapéutica en casos seleccionados puede ser beneficiosa<sup>10</sup>, resultados congruentes con el caso que aquí se presenta ya que la paciente experimentó una resolución total de la colección pancreática, lo cual se corroboró evolutivamente al realizar Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) sin evidenciarse litiasis u otra afección por lo que el diagnóstico causal que se mantuvo fue el idiopático.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coca Machado JL, Martínez Llano Y, García Gómez A, Gutiérrez Gutiérrez L, Santamaría Fuentes S de J, León Robles M. Caracterización de la pancreatitis aguda en la unidad de cuidados intensivos. Hospital "Dr. Carlos J. Finlay". Período de enero 2004 a enero 2006. Rev Cubana Med Int Emerg [Internet]. 2008 [citado 16 Sep 2013]; 7(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol7\\_2\\_08/mie10208.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol7_2_08/mie10208.htm)
2. Arrué Guerrero A, Cueto Medina A, Acosta López J, Rittoles Navarro A. Índice de severidad por tomografía en pacientes con pancreatitis aguda. Rev Cubana Med Int Emerg [Internet]. 2009 [citado 16 Sep 2013]; 8(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol8\\_3\\_09/mie03309.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol8_3_09/mie03309.htm)
3. Milian W, Portugal J, Laynez R, Rodríguez C, Targarona J, Barreda L. Pancreatitis aguda necrótica en la unidad de cuidados intensivos: una comparación entre el tratamiento médico conservador y quirúrgico. Rev Gastroenterol Perú [Internet]. 2010 [citado 5 Nov 2013]; 30(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292010000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292010000300003&script=sci_arttext)
4. Rydzewska G. New trends in prognosis and treatment of acute pancreatitis. Pol Merkur Lekarski [Internet]. 2009 [citado 16 Sep 2013]; 26(155): 550-3. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19606723>
5. Soto Cabrera O, García Gómez A, Hernández Torres A, Illodo Hernández OL, Hernández Hernández I. Valor pronóstico del ácido láctico en la pancreatitis aguda. Rev Cubana Med Int Emerg [Internet]. 2012 [citado 5 Nov 2013]; 12 (1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/mie/Mie112%20HTML/mie02112.html>
6. Navarro S, Amador J, Argüello L, Ayuso C, Boadas J, De las Herasf G, et al. Recomendaciones del Club Español Biliopancreático para el Tratamiento de la Pancreatitis Aguda. Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2008 [citado 16 Sep 2013]; 31(6): [aprox. 20 p.]. Disponible en:

<http://zl.elsevier.es/es/revista/gastroenterologia-hepatologia-14/recomendaciones-club-espa%C3%B1ol-biliopancreatico-tratamiento-pancreatitis-aguda-13123605-special-article-2008>

7. Schneider L, Büchler MW, Werner J. Acute pancreatitis with an emphasis on infection. Infect Dis Clin North Am [Internet]. 2010 [citado 16 Sep 2013];24(4): [aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://www.id.theclinics.com/article/S0891-5520%2810%2900066-8/abstract>
8. Mayerle J, Dummer A, Sendler M, Malla SR, Van Den Brandt C, Teller S, et al. Differential roles of inflammatory cells in pancreatitis. J Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2012 [citado 16 Sep 2013];27 Supl(2):47-51. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1746.2011.07011.x/full>
9. Nicholson LJ. Acute pancreatitis: should we use antibiotics? Curr Gastroenterol Rep [Internet]. 2011 [citado 16 Sep 2013];13(4): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11894-011-0198-4>
10. Khan A, Khan S. Antibiotics in acute necrotizing pancreatitis--perspective of a developing country. J Pak Med Assoc [Internet]. 2010 [citado 5 Nov 2013];60(2):121-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20209699>

Recibido: 21-10-13

Aprobado: 11-6-14

**Aristides Portal Chirino.** Hospital General Docente. 1ra del Sur e/ 3ra y 4ta del Oeste. Placetas, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 52800 Teléfono: (53)(42)883517. Correo electrónico: [reyherrera@capiro.vcl.sld.cu](mailto:reyherrera@capiro.vcl.sld.cu)