

PANCREATITIS AGUDA EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO: SOBRE UN CASO CLINICO

S.S González Cruz¹ A.S. Medina Flores¹ A.K. Mendoza Flores¹

¹Medico residente Ginecología-Obstetricia secretaria de Salud de la Ciudad de México

Introducción: la pancreatitis aguda es una complicación infrecuente y grave durante el embarazo. Los reportes van de 1 caso/3000 embarazos a 1 caso /10000 embarazos. Aproximadamente el 70% son de origen biliar. En pacientes seleccionados, se deben considerar diagnósticos distintos a la pancreatitis por cálculos biliares, como el alcohol y la hipertrigliceridemia. En casos raros, la pancreatitis durante el embarazo se asocia con hígado graso agudo del embarazo, preeclampsia e hiperémesis gravídica.

Discusión: La pancreatitis aguda parece ocurrir con más frecuencia en el tercer trimestre de la gestación, como aconteció en el caso clínico que se presenta, sin embargo, no presento ninguna de las etiologías frecuentes reportadas en la literatura: litiásica biliar, hipertrigliceridemia, alcoholismo, traumatismo, fármacos o cirugías previas.

Queda por indagar vasculitis, hiperparatiroidismo o infecciones virales como mononucleosis; al descartarlas sería un caso de origen idiopático, que es aún más infrecuente.



Caso: mujer de 29 años, niega antecedentes de enfermedades crónicas, niega toxicomanías y etilismo, gesta 4 parto 2 aborto 1 cursando embarazo de 37 semanas. Acude a servicio de urgencias obstétricas refiriendo dolor en epigastrio el cual se irradia a hipocondrio derecho y espalda que inicio 5 días previos, siendo más agudo y aumentando de intensidad 7/10 escala de EVA, agregándose náuseas y emesis de contenido biliar.

Exploración física IMC 34.5, consciente, orientada, mucosas subhidratadas, palidez de tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso aparente, abdomen útero gestante con producto único vivo intrauterino, frecuencia cardiaca fetal 138 latidos por minuto, murphy positivo, chaussiere negativo, sin datos de irritación peritoneal, sin actividad uterina, tacto vaginal cavidad eutérmica cérvix posterior cerrado, firme, valsava negativo, resto sin alteraciones. Bioquímicos de ingreso leucocitos 10.2, hemoglobina 11.3 gr/dL, plaquetas 208 mil, glucosa 92, creatinina 1.07, ac úrico 8.5, bilirrubina total 2.9, bilirrubina indirecta 1.18, bilirrubina directa 1.8, DHL 176, colesterol total 127, triglicéridos 207, TGO 39, TGP 49, lipasa 1862, amilasa 466, sodio 130, potasio 3.1.

Evoluciona con aumento del dolor abdominal en hemicinturon y aumento de enzimas pancreáticas en menos de 6 horas lipasa 2911 amilasa 548, proteína C reactiva 24, procalcitonina 7.0 gasometría arterial pH 7.38 pCO² 48 pO² 137 lactato 1 HCO³ 17 EB -10 pAO² 92 %. Se decide resolución de embarazo vía abdominal sin complicaciones durante evento quirúrgico obstétrico recién nacido Hombre peso 2745 grs APGAR 9/9.

Ingresa paciente a unidad de cuidados intensivos en el puerperio inmediato postcesarea con un BISAP 0, APACHE II 7 puntos y RANSON 0 puntos, el estudio de imagen reporta aumento de volumen de 35 mm en cuerpo de páncreas, no se observan litos, pared vesicular lineal 2 mm, colédoco 4 mm. Resto sin alteraciones Se mantuvo en tratamiento conservador de la pancreatitis aguda en UCIA, al tercer día de estancia presento elevación de cifras tensionales se clasifico como hipertensión gestacional; evolución satisfactoria en hospitalización de obstetricia con mejoría clínica y bioquímica ultimo control lipasa 449, amilasa 149 resto de paraclínicos sin alteraciones. Egresa estable.

Conclusión: La pancreatitis aguda se suele resolver de forma espontánea en unos días. Sin embargo, el 10% de las pacientes evolucionan de forma más agresiva y se deben tratar en cuidados intensivos. Los principios generales del tratamiento son iguales que en las mujeres no gestantes: reposo intestinal, líquidos intravenosos con aportes electrolíticos y analgésicos parenterales.

Otras medidas adicionales importantes incluyen la monitorización fetal, en las mujeres con una forma más grave de la enfermedad, la morbimortalidad fetal aumenta. Se ha reportado casos de desprendimiento de placenta y trastornos metabólicos graves, incluida acidosis; esto confirma la importancia de la monitorización fetal regular y la valoración del parto si la situación de la madre se deteriora.

En los casos de enfermedad leve con respuesta al tratamiento conservador, el pronóstico de la madre y el feto es excelente.

- Ducarme G, Maire F, Chatel P, et al. Acute pancreatitis during pregnancy: a review. *J Perinatol.* 2014;34:87-94
- Saldívar-Rodríguez D, Treviño-Montemayor OR, Guzmán-López A, Treviño-Martínez G, Flores-Acosta CC. Pancreatitis aguda durante el embarazo. *Ginecol Obstet Mex.* 2016 Feb;84(2):79-83.
- Charlet P, Lambert V, Carles G. Pancréatites aiguës et grossesse: cas cliniques et revue de la littérature [Acute pancreatitis and pregnancy: Cases study and literature review]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2015 Jun;44(6):541-9.

