

PANCREATITIS AGUDA EN EL EMBARAZO

Acute pancreatitis in pregnancy

Miguel Ángel Murcia¹, Fabio Rojas², Diego Felipe Polanía³

Recibido: 27 de julio de 2012 - Aceptado: 14 de diciembre de 2012

Resumen

El espectro de la pancreatitis en el embarazo oscila desde la pancreatitis leve hasta la pancreatitis severa, dentro de este espectro podemos encontrar pancreatitis con necrosis, abscesos pancreáticos, desarrollo de pseudoquistes pancreáticos hasta la falla orgánica múltiple.

Es una entidad poco prevalente, dentro de su origen se destaca el origen litiásico; los síntomas más frecuentes son el dolor abdominal en el epigastrio o en el cuadrante superior derecho, también la náusea y la hiporexia; es muchas veces confundido con otras entidades como colecistitis, colangitis, úlcera péptica perforada, puede asociarse a ictericia y dificultad respiratoria. El diagnóstico se realiza cuando se obtienen niveles de Amilasa y Lipasa más de 3 veces su valor normal.

La ultrasonografía abdominal es el primer examen en pacientes embarazadas, útil porque detecta la mayoría de cálculos biliares y no emite radiación, pero también se utiliza la colangiorresonancia y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

El objetivo del tratamiento es evitar la falla de órganos y las complicaciones infecciosas, se utilizan analgésicos, antibióticos, y también existe tratamiento quirúrgico el cual se reserva para dos escenarios: en el caso de las complicaciones de la propia enfermedad como la necrosis pancreática y el otro escenario es cuando se pretende corregir la enfermedad biliar de base (colecistitis), o sea la colecistectomía la cual se realiza en la mayoría de los casos utilizando técnicas mínimamente invasivas (laparoscopia).

La evolución en el manejo de la pancreatitis en embarazo ha mostrado mejores resultados con el paso de los años, éste resultado favorable obedece a la mejoría en las técnicas diagnósticas y terapéuticas, así como el desarrollo del recurso humano especializado encargado de manejar unidades de cuidado intensivo para la paciente obstétrica; también la evolución en el cuidado neonatal.

En este artículo se revisan tres casos de pancreatitis en embarazo y se discute sus características y el manejo de este tipo de pacientes, teniendo en cuenta que la frecuencia de presentación de esta enfermedad es muy baja.

¹ Residente III año de Ginecología y Obstetricia. Universidad Surcolombiana. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Neiva, Colombia.

² Especialista en Ginecología y Obstetricia. Especialista en Epidemiología, Universidad Surcolombiana. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Neiva, Colombia.

³ Especialista Ginecología y Obstetricia. Especialista en Medicina Materno Fetal. Universidad Surcolombiana. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Neiva, Colombia.

Correspondencia: mangelmurcia@hotmail.com

Palabras clave: *pancreatitis aguda, embarazo, unidad de cuidado intensivo ginecológica.*

Abstract

The spectrum of pancreatitis in pregnancy ranges from mild to severe pancreatitis. Within this spectrum there is necrotic pancreatitis, pancreatic abscess, pancreatic pseudocyst development as well as multiple organ failure.

It is a low-prevalence entity. Its lithiasis origen is remarkable. The most common symptoms are abdominal pain in the epigastrium or in the right upper quadrant, nausea and hyporexia. It is often mistaken for other entities such as cholecystitis, cholangitis, and perforated peptic ulcer. It may also be associated with jaundice and respiratory distress. The diagnosis is made when levels of amylase and lipase are three times higher than its normal value.

Abdominal ultrasonography is the first examination in pregnant patients. Its usefulness lies in that it detects most gallstones and does not emit radiation. Cholangiography and endoscopic retrograde cholangiopancreatography are used too (ERCP).

This treatment aims to prevent organ failure and infectious complications through the use of painkillers and antibiotics. Surgical treatment is another option which is reserved for two scenarios: in the case of complications of the disease itself like pancreatic necrosis and when trying to correct the base biliary disease (gallstone), that is to say, cholecystectomy which is in most cases performed using minimally invasive techniques (laparoscopy).

The evolution in the management of pancreatitis in pregnancy has shown better results over the years. This favorable result is due to improved diagnostic and therapeutic techniques, the development of specialized human resource in charge of managing intensive care units for obstetric patients, as well as to the development of neonatal care.

This article reviews three cases of pancreatitis in pregnancy and discusses their characteristics and management of these patients, taking into account the very low frequency of occurrence of this disease.

Keywords: *acute pancreatitis, pregnancy, gynecological intensive care unit.*

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA) en el embarazo es una entidad poco prevalente y respecto a su manejo no existe clara evidencia, se considera un problema clínico serio debido a que puede producir daño no solo en un humano si no concomitantemente a su hijo, su manejo es desafiante para el obstetra y el cirujano, este ha evolucionado del tratamiento conservador

donde se operaba solo después del parto, (hace varias décadas) hasta el manejo actual el cual contempla intervenciones mucho más rápidas y durante el embarazo, esta evolución en el manejo es motivada por el alto porcentaje de recidivas durante el embarazo, y a mejoría en la seguridad de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas. Se presentan tres casos de pancreatitis en el embarazo y se discute sus opciones terapéuticas.

REPORTE DE CASOS

Se presentan tres casos de pancreatitis aguda en el embarazo del servicio de Ginec Obstetricia del hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, entidad de IV nivel de complejidad que atiende pacientes de régimen subsidiado y contributivo, principalmente pacientes que provienen del sur colombiano.

Caso clínico 1

Paciente de 20 años G2C1V1 con gestación de 30 semanas con cuadro clínico de 2 meses de evolución de episodios intermitentes de dolor abdominal, ictericia y fiebre.

Antecedentes patológicos: colecistocolitiasis hospitalizada una semana antes del ingreso, por igual sintomatología, en esa oportunidad la paciente solicitó retiro voluntario, quirúrgicos: cesárea, alérgicos y traumáticos: negativos.

Antecedentes ginecoobstétricos: G2C1V1.

Como hallazgos positivos tinte icterico leve en piel y mucosas, dolor abdominal moderado, signo de Blumberg negativo, signo de Murphy positivo feto vivo en situación transversa.

Los paraclínicos de ingreso muestran leucocitos en 14200 leucos/mm³ VN (4,8-10,8) neutrófilos 88% (VN 45-65), plaquetas 214000/mm³ (VN 150000-450000), enzimas hepáticas AST 57 UI/L (VN 15-41) ALT 79 UI/L (VN 14-54) bilirrubina total 1,4mg/dl (VN 0.2-1) amilasa 1305 UI/L (VN 23-85), en los electrolitos se identificó hipokalemia.

Ecografía hepato biliar: colelitiasis, colecistitis crónica agudizada, leve dilatación de la vía biliar intra y extrahepática proximal, se hace diagnóstico de colecistitis crónica agudizada, colelitiasis, coledocolitiasis a considerar; se realiza doppler fetal el cual no muestra signos de insuficiencia placentaria en el momento del examen.

La paciente se maneja en unidad de cuidado intensivo ginecológica (UCIG) con oxígeno, reposición de electrolitos, líquidos

endovenosos, suspensión de la dieta, y analgesia (butil bromuro de hioscina y tramadol), el servicio de cirugía valora la paciente e indica colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), sin embargo cuatro días después la paciente presenta mejoría, hasta estar asintomática, se toma ecografía hepato biliar de control donde se evidencia colelitiasis sin dilatación de la vía biliar intra o extrahepática, se suspende orden de CPRE; a los 6 días la paciente egresa de la institución, continua sus controles en el servicio de alto riesgo obstétrico y finalmente tiene parto por cesárea a las 39 semanas sin complicaciones.

Caso clínico 2

Paciente de 23 años primigestante con embarazo de 35.6 semanas, quien presenta cuadro clínico de 15 días de evolución de dolor tipo punzada en epigastrio e hipocondrio derecho. El dolor es incapacitante y se exacerba en los últimos días asociado a vomito en múltiples oportunidades.

Antecedentes: patológicos, quirúrgicos, alérgicos y traumáticos: negativos.

Antecedentes ginecoobstétricos: G1P0.

Como hallazgos positivos se encuentra dolor a la palpación del epigastrio e hipocondrio derecho. Útero grávido feto único vivo cefálico.

Los paraclínicos de ingreso muestran leucocitos: 17,5 leucos/mm³, neutrófilos: 85,8% amilasa 2027 UI/L, bilirrubina total 2,02mg/dl, bilirrubina directa 0,99 mg/dl, indirecta 1,03 mg/dl glicemia 62 mg/dl enzimas hepáticas normales, se diagnostica pancreatitis aguda, ingresa a UCIG y se inicia manejo con líquidos endovenosos, suspensión de la vía oral, Analgésicos (butilbromuro de hioschicina), los gases arteriales muestran acidosis metabólica. La ecografía hepato biliar muestra colecistitis y colelitiasis (vesícula biliar distendida, de paredes gruesas con múltiples cálculos en su interior) no hay dilatación de la vía biliar intra y extrahepática se

confirma pancreatitis de origen biliar, es valorada por el servicio de cirugía quienes consideran manejo médico, además es valorada por el grupo de soporte nutricional, ante la persistencia del dolor abdominal y los hallazgos en la ecografía se indica nutrición parenteral, al segundo día de hospitalización la paciente presenta mejoría en su sintomatología, los paraclínicos de control muestran mejoría en su respuesta inflamatoria, 4 días después se inicia la vía oral, al 5 día de hospitalización debido a su mejoría se egresa de la UCIG, se da egreso de la institución, luego la paciente a cuando cumple 37 semanas de gestación tiene parto vaginal y posterior al parto es llevada a colecistectomía laparoscopia la cual se realiza sin complicaciones.

Caso clínico 3

Paciente de 27 años con embarazo de 24 semanas con cuadro clínico de 1 día de evolución de epigastralgia asociado a episodio de emesis, ecografía obstétrica muestra feto vivo de 24 semanas.

Antecedentes: Ginecológicos G3P2, Patológicos, Alérgicos y Quirúrgicos: negativos. Como hallazgo positivo se palpa masa dolorosa en hipocondrio derecho de 7 cm, sin signos de irritación peritoneal, útero grávido altura uterina 24 cm feto vivo.

Los paraclínicos muestran Amilasa de 1228 UI/L, leucocitos 17300 Neutrófilos 78%, bilirrubinas normales, valorada por el servicio de cirugía, quienes solicitan nueva ecografía que muestra masa de 30 x 101 x 108 mm, hacia los segmentos I, IV y V del hígado, la tomografía de abdomen muestra masa que hace compresión con el parénquima hepático, la paciente es llevada a cirugía donde encuentran masa de 10 cm dependiente de la cabeza del páncreas, la cual se drena sin complicaciones; la paciente evoluciona favorablemente, 14 días después se da egreso de la institución, a las 39 semanas de embarazo asiste al hospital tiene parto vaginal sin complicaciones.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Definición: La pancreatitis es un proceso inflamatorio agudo del páncreas durante el embarazo reversible que puede comprometer por contigüidad estructuras vecinas e incluso desencadenar disfunción de órganos y sistemas distantes; según la definición de Atlanta se presenta pancreatitis cuando existe dolor abdominal con lipasas elevadas 3 veces sobre el rango normal y esta se clasifica en leve o severa, cuya diferencia radica en el compromiso; llamándose leve cuando hay mínima disfunción orgánica sin eventualidades, en este caso la pancreatitis tienen buena respuesta a uso de fluidos endovenosos con normalización de sus signos vitales y la recuperación clínica es rápida, la severa por el contrario se caracteriza por disfunción orgánica o complicaciones locales como necrosis, abscesos y pseudoquistes pancreáticos.

Epidemiología: Es una enfermedad poco prevalente, en la población general tiene una incidencia de 5 a 80 por 100000 habitantes, solo una fracción (4%) de los casos de pancreatitis ocurren en el embarazo, en Dallas Estados Unidos reportan 1 caso por cada 3000 embarazadas, pero esta incidencia oscila entre 1 en 3000 a 1 en 12000 embarazadas⁽¹⁾, la distribución por edad gestacional es 19% en el primer trimestre, 26% en el segundo, 53% en el tercero⁽²⁾, más del 60% de los casos termina en partos pretérminos y la mortalidad materna que en los años setentas era del 30% y la fetal del 50% gracias a los avances en manejo de cuidado intensivo materno como neonatal ha hecho que disminuya menos de 1% para la madre y de 0-18% para el feto⁽⁴⁾.

Se destaca como causa el origen litiasico (70% de los casos), seguido por la hiperlipidemia y el abuso de alcohol (20%); 10% se distribuyen entre causas iatrogénicas, hiperparatiroidismo, enfermedad del tejido conectivo y cirugía abdominal. La litiasis se ha visto tiene alta incidencia en indios americanos, latinoamericanos, sobre todo mexicanos

y baja incidencia en africanos y asiáticos, los registros de recidivas durante el embarazo describen recidivas hasta del 22% cuando se trata de una pancreatitis severa y del 6% en pancreatitis leve⁽⁵⁾.

Fisiopatología: La causa más frecuentes de pancreatitis en el embarazo son los cálculos biliares, se conocen 3 teorías que explican este proceso: la teoría del canal común se explica porque las pacientes que cursan con pancreatitis tienen mayor incidencia de ducto biliar común, y los cálculos quedan impactados permitiendo que haya reflujo de la bilis hacia el páncreas.

La teoría obstructiva explica que estos cálculos pueden migrar hasta la ampolla de váter produciendo obstrucciones intermitentes lo cual produce hipertensión del sistema ductal pancreático con daño celular y activación prematura de las enzimas intraglandulares desencadenando la lisis del tejido aledaño⁽³⁾.

La teoría del reflujo habla de un esfínter patuloso que después del pasaje del cálculo permite el reflujo de las enzimas pancreáticas activadas desde el duodeno hasta el ducto pancreático, desencadenando la activación de las enzimas y la inflamación del páncreas.

Dentro de los factores de riesgo se destaca los cálculos biliares; también existe mayor incidencia en embarazadas con índice de masa corporal (IMC) < 30 y que tienen una ganancia de peso excesiva durante el embarazo, además las pacientes con resistencia a la insulina, estudios han mostrado que los niveles de HDL son inversamente proporcionales al desarrollo de enfermedad litiasica biliar, la mayor elevación de los niveles de leptinas en embarazadas también se relacionan con litiasis biliar⁽⁴⁾, existen muchos fármacos relacionados con el desarrollo de pancreatitis entre estos existen fármacos de categoría B que se utilizan frecuentemente en la práctica obstétrica entre estos se encuentra el acetaminofén, la eritromicina, didanosina, esteroides y sulfazalacina.

El abuso de alcohol también se relaciona, este afecta la motricidad de la vesícula biliar, aumenta el tono del esfínter de oddi, lo cual produce aumento del reflujo al páncreas.

Los cambios fisiológicos del embarazo como el aumento del volumen de la vesícula biliar, el aumento en el tiempo del vaciamiento por disminución de la motilidad, descenso en la circulación enterohepática, secundario a los altos niveles de progesterona, además descenso en los niveles de ácido quenodesoxicólico, incremento de los niveles de colesterol y ácido cólico y el estasis biliar condicionan la precipitación de vesículas sólidas y formación de cálculos biliares, y en el tercer trimestre con aumento del volumen del útero grávido aumentando la presión de la vía biliar se relaciona con el desarrollo de la pancreatitis.

Cuando el tripsinogeno se convierte prematuramente a tripsina, produce injuria al tejido pancreático y genera una respuesta inflamatoria, con posterior edema y a veces necrosis del tejido pancreático, concomitantemente existe liberación de mediadores inflamatorios citoquinas, complemento, factor de necrosis tumoral, interleuquinas, óxido nítrico, desencadenando la formación de radicales libres, activación plaquetaria, afectando la permeabilidad vascular y produciendo las diferentes manifestaciones clínicas; entre estas la afectación del endotelio a nivel pulmonar induciendo falla ventilatoria la cual se presenta hasta en el 50% de las pancreatitis severas del embarazo y es la principal causa de ingreso a UCIG⁽⁵⁾.

Los mediadores inflamatorios son responsables de las manifestaciones clínicas entre estas se debe tener en cuenta la formación de tercer espacio el cual es el inicio común de la mayoría de complicaciones pues esta alteración hemodinámica grave se refleja en hipovolemia seguida de hipoperfusión de los diferentes órganos y falla de los mismos en el peor de los casos hasta la falla orgánica múltiple.

Cuadro clínico y diagnóstico: Los síntomas más frecuentes son el dolor abdominal

epigástrico en el cuadrante superior derecho que puede ir desde 1 día hasta 3 semanas, vómito, náusea e hiporexia, muchas veces confundido con colecistitis, colangitis, úlcera péptica perforada, puede asociarse a ictericia, dificultad respiratoria (cuando existe derrame pleural secundario). El diagnóstico se realiza cuando se obtienen niveles de Amilasa y Lipasa más de 3 veces su valor normal, la lipasa es mucho más específica que la amilasa ya que esta última se puede elevar fisiológicamente durante el embarazo; la elevación de las aminotransferasas más de tres veces es biomarcador para pancreatitis de origen biliar.

Los niveles de IL6 elevados se relacionan con las pancreatitis severa, y la proteína C reactiva se utiliza también como marcador pronóstico; si esta está por encima de los 150 mg se relaciona con pancreatitis aguda severa, pero la utilidad de la PCR se extiende a el seguimiento de estas pacientes, pues la disminución paulatina de los niveles de la misma reflejan la mejoría del proceso inflamatorio.

En pancreatitis alcohólica es útil los niveles de Gama glutamil transpeptidasa la cual esta elevada en este tipo de pacientes.

Imágenes diagnósticas: La ultrasonografía abdominal es el primer examen en pacientes embarazadas, detecta la mayoría de cálculos biliares y no emite radiación, puede estudiar la vía biliar intra y extrahepática, sin embargo la ultrasonografía endoscópica es ahora más utilizada ya que tiene un valor predictivo positivo cercano al 100%, detecta barro biliar y cálculos de 2 mm, la colangiografía por resonancia se utiliza cuando a pesar de otros medios diagnósticos (ultrasonido abdominal o endoscópico) no aportan la información suficiente, ya que esta provee imágenes grandes, de cortes multiplanares que diferencian muy bien los tejidos blandos y los ductos biliares, sin embargo en el primer trimestre del embarazo no se recomienda ya que puede calentar los tejidos y no hay estudios que avalen la seguridad de este estudio durante el primer trimestre, la CPRE se utilizaba como herramienta

diagnóstica y a su vez terapéutica, actualmente perdió valor diagnóstico y solo se utiliza de manera terapéutica.

Cuando se utiliza para diagnóstico está relacionado con complicaciones en el 5-10% de los casos y muerte en el 0,2%⁽⁶⁾.

La CPRE está indicada en pacientes embarazadas cuando hay evidencia fuerte de obstrucción de la vía biliar, sospecha de colangitis, o incremento de la severidad de la pancreatitis.

Escores pronósticos: Los criterios de severidad de Ranson son el score más utilizado a nivel mundial, en los 70s, demostró que los pacientes con menos de 3 criterios tenían un pronóstico bueno y que la mortalidad aumentaba sustancialmente cuando el número de criterios era de 3 o más, el apache II (acute physiology and chronic health enquiry) se puede aplicar en cualquier momento y a todas las enfermedades, cuando existe Ranson de 3 o más o APACHE II mayor de 7 se define como una pancreatitis severa y la paciente debe ir a UCIG.

Manejo: En el caso de pancreatitis leve con el manejo convencional resuelve 7 días, la rehidratación del fluido ya que la hipovolemia es el núcleo común de las alteraciones orgánicas, el objetivo del tratamiento es evitar la falla de órganos y las complicaciones infecciosas, se utiliza oxígeno, se utiliza analgésicos dentro de estos últimos los más utilizados son meperidina y fentanil, también se utilizan antieméticos.

Es muy importante la monitoria de signos vitales para detectar a tiempo posibles complicaciones y hacer rápidas intervenciones.

La reposición de líquidos es pilar fundamental del tratamiento ya que en algunos casos se necesitan hasta 12 litros de cristaloideos por día, monitorizar la función renal, respiratoria, cardiovascular, detectar tempranamente las alteraciones electrolíticas y la sobrecarga de líquidos.

Dentro de los fármacos utilizados en el manejo de la pancreatitis aguda en el embarazo el uso de la somatostatina, octreotido, n-acetil

cisteína no ha demostrado efectos positivos y se creen pueden afectar al feto, la estilamina fue utilizada en 10 pacientes embarazadas en un estudio hecho en Naijin sin efectos adversos en el feto sin embargo no hay seguimiento a largo plazo de estos recién nacidos⁽⁵⁾, por lo que deben ser evitados durante el embarazo.

La supresión de la vía oral es el tratamiento tradicional, esta medida suprime la función exocrina del páncreas, y hace parte del tratamiento de elección en pancreatitis leve, la cual resuelve dentro los 5 a 7 días siguientes, sin embargo más allá de este tiempo acarrea riesgos de infección y distres metabólico, la nutrición enteral después de un periodo de reposo muestra efectos benéficos y disminuye algunas complicaciones⁽⁴⁾.

En el caso de pancreatitis necrotizante severa se recomienda nutrición enteral por sonda nasoyeyunal y en caso de ser necesario por un mayor requerimiento metabólico utilizar nutrición parenteral⁽⁷⁾.

El uso de antibióticos profilácticos no se recomienda para la Pancreatitis aguda leve y es controversial en pancreatitis agudas severas, no muestra beneficio en reducción de la mortalidad, necrosis infectadas y necesidad de intervención quirúrgica⁽⁸⁾ por falta de evidencia se recomienda enfoque conservador.

Dentro de los antibióticos más utilizados son el imipenem y las quinolonas, pero no hay datos en humanos que certifique su seguridad⁽⁹⁾, dentro de las opciones disponibles se sugiere el uso del metronidazol, ampicilina sulbactam y piperacilina tazobactam los cuales no han mostrado teratogenicidad hasta el momento.

En la pancreatitis aguda biliar severa con o sin colangitis se recomienda CPRE dentro las primeras 24 horas porque ha demostrado mejoría del pronóstico en estas pacientes.

Tratamiento quirúrgico: Son dos escenarios el primero para manejo de las complicaciones de la propia enfermedad (necrosis pancreática), se recomienda dilatar la intervención quirúrgica en lo posible, sin embargo en

caso de deterioro clínico de la paciente se debe realizar una punción transcutánea para definir si esta necrosis es infectada o estéril, en caso de que sea infectada se debe realizar necrosectomía e iniciar terapia antibiótica empírica y luego ajustarla de acuerdo al antibiograma, en caso de la necrosis estéril se recomienda el manejo conservador.

Cuando se opta por intervención lo ideal es hacerlo de 3 a 4 semanas después del inicio de los síntomas, dentro de las técnicas de necrosectomía, la necrosectomía endoscópica parece ser mejor que el drenaje transmural endoscópico⁽⁹⁾.

El segundo escenario de la intervención quirúrgica es la enfermedad biliar de base (colelitiasis), se debe practicar la colecistectomía utilizando técnicas mínimamente invasivas (laparoscopia), cuando se compara con la cirugía abierta, no se ha visto diferencia en el resultado, y ofrece ventajas como menos dolor posoperatorio, menos íleo paralítico, disminución de la estancia hospitalaria y rápida recuperación, debe realizarse pronto en pacientes con pancreatitis biliar aguda leve, esta es posible hacerla en cualquier trimestre del embarazo, sin embargo su mínimo riesgo es en el segundo trimestre después de la semana 17, se recomienda que en la cirugía laparoscópica se debe evitar la alta presión intraperitoneal, evitar los cambios rápidos de posición, hacer disección abierta del puerto umbilical y lógicamente no utilizar manipulador uterino⁽¹⁰⁾.

En caso PA biliar severa se recomienda que la colecistectomía se realice de 4 a 6 semanas después de la mejoría clínica, pues se ha visto disminución en el 70% de las recidivas de ataques de pancreatitis aguda cuando los cálculos biliares son removidos.

Pronóstico: Se ha visto mejores resultados con el paso de los años, en 1973 Wilkinson reporta 98 casos de pancreatitis en el embarazo de las cuales 30 maternas murieron y hubo pérdida fetal en el 60% de los casos, lo que contrasta con los últimos reportes como el estudio hecho en estados unidos 2008 con 84 casos

donde la muerte fetal fue del 3,6% y no describen casos de mortalidad materna⁽¹¹⁾, mientras un estudio hecho en Naijin China reporta mortalidad perinatal del 30%, sin reporte de muerte materna⁽⁵⁾, en general se encuentra una mortalidad perinatal menor del 5% y 2 de cada 3 embarazadas con pancreatitis llegan al término, esto obedece al desarrollo del recurso técnico y humano encargado de manejar unidades de cuidado intensivo para la paciente obstétrica como el cuidado neonatal.

Pancreatitis hiperlipidémica: La pancreatitis hiperlipidemia es catalogada como la segunda causa de pancreatitis en el embarazo, se considera alto riesgo de desarrollarla cuando los niveles de triglicéridos son superiores a 1000 mg/dl, las pacientes con hiperlipidemia familiar son las que más predisposición tiene al desarrollo de esta patología y se considera la consecuencia clínica más importante.

En pacientes con hiperlipidemia familiar se recomienda dieta baja en grasas, estimular el ejercicio evitar el sobrepeso, disminuir la ingesta de carbohidratos para prevenir las crisis lipémicas y tener niveles de triglicéridos por debajo de los 1000 mg/dl, el uso de ácidos grasos omega 3 al parecer puede prevenir la hipertrigliceridemia recurrente durante el embarazo⁽¹²⁾.

DISCUSIÓN

En el hospital universitario se reportan 3 casos de pancreatitis en el embarazo, la edad de estas pacientes oscila entre los 20 y los 28 años, todas ellas presentaban síntomas clásicos de pancreatitis y elevación de amilasas, con respecto a la etiología dos fueron de origen biliar, en 1 se detectó colección pancreática, pero no cálculos en la vesícula, esta última paciente con colección se le realizó un drenaje quirúrgico.

La primera aproximación diagnóstica fue la ecografía abdominal o hepatobiliar, la cual es la recomendación actual, ya que nos brinda

muy buena información y no emite radiación, a todas estas pacientes se le realizó ecografía como prueba de bienestar fetal, en 1 caso se indicó CPRE pues en la valoración inicial se detectó coledocolitiasis y dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, lo cual está de acuerdo a lo revisado en la literatura ya que la CPRE nos daría un diagnóstico exacto y además un inmediato tratamiento, 1 de ellas requirió uso de nutrición parenteral la cual se hace necesaria en caso de pancreatitis severa y/o persistencia de los síntomas como el dolor abdominal.

Todas las pacientes llegaron al término de su embarazo con fetos sanos y sin complicaciones.

Respecto a el manejo quirúrgico la recomendación en el caso de pancreatitis biliar leve es realizar la colecistectomía, ya sea abierta o laparoscópica lo más pronto posible después de resolver el evento agudo ya que esto reduce las recidivas en este tipo de pacientes y las complicaciones derivadas de ellas, sin embargo la que se practicó colecistectomía se le realizó en el posparto pues la presentación de la pancreatitis fue a la semana 35 de gestación, por otro lado una paciente requirió drenaje de colección pancreática la cual se hace necesaria cuando hay empeoramiento de los síntomas, o existe necrosis infectada.

No hubo ningún caso de muerte materna, lo cual está acorde con lo encontrado en la literatura teniendo en cuenta que los últimos reportes de casos no muestran eventos fatales maternos, este buen pronóstico se debe a los avances en el desarrollo de unidades de cuidado intensivo, como es el caso del Hospital Universitario de Neiva donde se cuenta con la Unidad de cuidado intensivo Ginecológica (UCIG), la cual se especializa en el cuidado de pacientes críticas obstétricas y ginecológicas, todas las 3 pacientes fueron manejadas oportunamente en esta unidad.

No se reportan casos de pancreatitis hiperlipidémica o alcohólica, la cual es más frecuente en países desarrollados.

Tabla 1. Pacientes con pancreatitis aguda y embarazo en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo que se presentaron en el año 2010 y 2011.

Casos	E	Sx	O.B.	EG	BF	NPT	Cx	CPRE	Nivel amilasa	Tipo de parto y EG del parto
Caso 1	20	Si	Si	30	Eco PNS doppler	No	No	No	1305	cesárea por cesárea previa 39 semanas
Caso 2	23	Si	Si	35	Eco	Si	Colecistectomía en el pos-parto	No	2900	parto vaginal 37 semanas
Caso 3	28	Si	No	24	Eco	No	Si durante el embarazo	No	1228	parto vaginal 39 semanas

Convenciones Sx: Síntomas, E: edad EG: Edad gestacional del diagnóstico, BF: pruebas de bienestar fetal, Eco: ecografía, NPT: Nutrición parenteral, Cx: Cirugía, CPRE: colangiopancreatoduodenografía retrógrada endoscópica.

CONCLUSIÓN

La pancreatitis aguda en el embarazo, es una entidad poco frecuente pero que amenaza potencialmente la vida de la madre y el feto, las características de los diferentes casos concuerdan con lo reportado en la literatura, su causa principal es el origen litiasico, Los mediadores inflamatorios son responsables de las manifestaciones clínicas, el diagnostico se basa en sus síntomas y niveles de Amilasa y Lipasa, el tratamiento se basa en la restauración de fluidos, analgesia, antieméticos, monitoria de signos vitales, supresión de la vía oral, con restauración pronta de esta última tratando de siempre conservar la vía enteral mientras sea posible, el tratamiento quirúrgico se debe tratar de dilatar (manejo conservador) a no ser que se trate de necrosis infectada donde es imperativo reseca el foco e iniciar terapia antibiótica, en caso de pancreatitis leve de origen biliar se recomienda colecistectomía lo más pronto posible así sea dentro del embarazo, ya que el procedimiento es seguro y tiene bajo riesgo de complicaciones.

El pronóstico en general es bueno y obedece al avance en la unidades de cuidados intensivos y neonatales.

REFERENCIAS

1. Stimac D, Stimac T. Acute pancreatitis during pregnancy. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2011;23:839-843.
2. Ramin KD, Ramin SM, Richey SD, Cunningham FG. Acute pancreatitis in pregnancy. *American Journal of Obstetric and Gynecology* 1995;173:187-191.
3. Cappell MS. Acute Pancreatitis: Etiology, Clinical Presentation, Diagnosis, and Therapy. *The medical clinics of north America* 2008;889-923.
4. Papadakis E, Sarigianni M, Mikhailidis D, Mamopoulos A, Karagiannis V. Acute pancreatitis in pregnancy: an overview. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology* 2011;159:261-266.
5. Liqun S, Weiqin L, Yanxia G, Bo S, Jieshou L. Acute pancreatitis in pregnancy. *Acta obstetrica et gynecologica scandinavica. nordic federation of societies of obstetrics and gynecology* 2011;90:671-676.
6. Capecomorin S, Balaji Y. Acute pancreatitis in pregnancy. *World Journal of Gastroenterology* 2009;15(45):5641-5646.
7. Meier R, Ockenga J, Pertkiewicz M, Pap A, Milinic N, Macfie J. Espen guidelines on enteral nutrition: pancreas. *Clinical Nutrition* 2006;25:275-284.
8. Jafri NS, Mahid SS, Idstein RS, Hornung CA, Galandiuk S. Antibiotic prophylaxis is not protective in severe acute pancreatitis: a

- systematic review and meta-analysis. American Journal of Surgery 2009;197:806-813.
9. Li Hua-Ping. Acute pancreatitis in pregnancy: a 6-year single center clinical experience. Chinese medical journal 2011;124(17):2771-2775.
 10. Guidelines for diagnosis, treatment, and use of laparoscopy for surgical problems during pregnancy. Practice/Clinical Guidelines by the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (Sages) 2011;1-23.
 11. Eddy J, Gideonsen MD, Song JY, Grobman WA, O'Halloran P. Pancreatitis in Pregnancy: a 10 year retrospective of 15 Midwest hospitals Obstetrics & Gynecology 2008;112(5):1075-1080.
 12. Takaishi K, Miyoshi J, Matsumura T, Honda R, Ohba T, Katabuchi H, Hypertriglyceridemic acute pancreatitis during pregnancy: prevention with diet therapy and w-3 fatty acids in the following pregnancy. Nutrition 2009;25:1094-1097.