

Pancreatitis aguda en el embarazo

I. Gonzalo, J. Berzosa y V. Díaz-Miguel

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Sección de Ginecología. Hospital General Yagüe. Burgos. España.

ABSTRACT

Acute pancreatitis (AP) is an uncommon cause of abdominal pain during pregnancy. Although this entity rarely progresses to the necrotizing form of the disease, it is a serious complication and diagnosis is often difficult. AP during pregnancy can be caused by many factors, chiefly cholelithiasis, although rare metabolic alterations such as hyperlipidemia may occasionally act as the trigger. We report the case of a 38-year-old woman in the 33+2 week of pregnancy with AP.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de pancreatitis aguda (PA) durante el embarazo es aproximadamente del 0,03 al 0,09% de las embarazadas¹. Las posibles causas de PA en el embarazo son las mismas que en las pacientes no gestantes, entre las que destaca la enfermedad litiasica de la vía biliar como la causa más frecuente (67 al 100%)^{1,2}.

Desde el punto de vista clínico, la PA se caracteriza por dolor epigástrico, de leve a incapacitante, náuseas y vómitos y distensión abdominal. El diagnóstico diferencial debe establecerse con colecistitis aguda, apendicitis aguda, infarto mesentérico, embarazo ectópico complicado, hiperemesis gravídica, preeclampsia e hígado graso agudo, entre otras patologías¹. El diagnóstico se confirma con la medición sérica de amilasa o lipasa, que se encuentran elevadas¹, si bien no hay correlación entre el grado de elevación y la gravedad de la enfermedad.

El tratamiento es similar al de las pacientes no embarazadas y es, fundamentalmente, de soporte. Se debe realizar, además, un estudio de la condición fetal mediante ecografías y monitorización fetal. El tratamiento quirúrgico se reserva para las pacientes que empeoran a pesar del tratamiento conservador.

Con respecto al término del embarazo, éste puede estar indicado en caso de que la paciente no responda al tratamiento conservador o cuando se presentan complicaciones derivadas de la PA. Los riesgos fetales están dados principalmente por la prematuridad, que ocurre en aproximadamente el 60% de los casos.

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de una paciente de 38 años, con antecedentes personales de hipercolesterolemia familiar, apendicectomía y alergia a doxicilina. En sus antecedentes ginecológicos, consta: menarquia a los 14 años, fórmula menstrual 5/28, 1 parto eutócico y 2 abortos espontáneos. Actualmente presenta embarazo gemelar de 33+2 semanas, según la fecha de la última menstruación (11/09/2005), y la remiten a nuestro servicio por amenaza de parto prematuro y sospecha de colestasis intrahepática gestacional. Se inicia tratamiento con tocólisis intravenosa y resincolestiramina por prurito generalizado y elevación de transaminasas. Al examen genital presenta cérvix borrado un 80%, 2-3 cm de dilatación, bolsa íntegra y presentación podálica sobre estrecho superior. En el registro cardiotocográfico, ambos fetos están reactivos, y no se objetiva dinámica. En la exploración física se observa abdomen blando y depresible. Se instaura corticoterapia por vía intramuscular, para conseguir la madurez fetal. En la ecografía se objetiva gestación gemelar monocorial biamniótica. En el primer gemelo se observan latidos cardíacos fetales (LCF) positivos, presentación podálica, biometría correspondiente a 31+3 semanas de gestación y un peso estimado de 1.970 g, placenta en cara anterior grado 1, líquido amniótico (LA) normal, y Doppler cerebral y umbilical normal. En el segundo gemelo se observan LCF positivos, presentación podálica, biometría de 32+5 semanas de gestación y un peso estimado de 2.226 g, placenta grado 1, LA normal y Doppler umbilical y cerebral dentro de la normalidad. Al cuarto día de su ingreso en la unidad de patología obstétrica la paciente presenta abdominalgia difusa intensa progresiva, con náuseas y vómitos. Previamente se había

Aceptado para su publicación el 3 de octubre de 2006.

instaurado dieta (en ayunas) y sueroterapia intravenosa. Se realiza registro cardiotocográfico en el que ambos fetos presentan reactividad, con dinámica uterina de baja frecuencia y duración; eco abdominal que diagnostica colelitiasis, y líquido libre en pequeña cantidad. Los exámenes de laboratorio revelan: leucocitos (15,4 mil/mmc); neutrófilos(2%); plaquetas (114 mil/mmc); hemafes (3,67 mill/mmc); hemoglobina (11,2 g/dl); creatinina (2,22 mg/dl); bilirrubina directa (2,1 mg/dl); bilirrubina total (3,17 mg/dl); transaminasa glutamicoxalacética (4 U/I); transaminasa glutámico pirúvica (94 U/I), amilasa (2.072 Uy/l), coagulación dentro de los parámetros de la normalidad, colesterol total (210 mg/dl), colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (136 mg/dl), colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (28 mg/dl) y triglicéridos (229 mg/dl).

Ante el progresivo deterioro del estado clínico de la paciente y por sospecha de PA grave secundaria a colelitiasis, se realiza cesárea urgente, mediante la que se extraen 2 niñas vivas con un peso de 1.995 y 2.185 g, respectivamente, ambas con puntuaciones Apgar 8-9, a las que el servicio de pediatría da posteriormente el alta con buen estado general. Durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI), la paciente presentó un fracaso multiorgánico y precisó intubación orotraqueal, diálisis y toracocentesis bilateral. En el contexto del fracaso multiorgánico la evolución es favorable; en el ecocardiograma se observa disfunción ventricular leve-moderada, de probable origen isquémico. Durante su ingreso en la UCI, se detectó hipercalcemia, que se diagnosticó tras estudio de hiperparatiroidismo primario por adenoma de paratiroides derecho. La paciente fue dada de alta con alimentación oral bien tolerada, afebril, sin dolor abdominal, sin disnea, ortopnea ni angina, aunque quedaron pendientes de realizar, por el servicio de cirugía general, la intervención quirúrgica del adenoma de paratiroides y la colecistectomía.

DISCUSIÓN

La incidencia de PA en el embarazo varía según las series de los diferentes autores. En general, alrededor de 1 embarazo de cada 3.300 se complica con pancreatitis, aunque según Swisher et al³, 1 de cada 1.500. Legro y Laifer⁴ hallaron una incidencia de 1 de cada 4.000, y en la mayoría de estas mujeres habitualmente había también colelitiasis.

Las posibles causas de PA en el embarazo son las mismas que en las pacientes no embarazadas, y la enfermedad litiasica de la vía biliar destaca como la causa más frecuente (67-100%) y, como sucede en el

caso clínico que se presenta, asociada también con hiperlipidemia, ya que la paciente tiene como antecedente personal una dislipemia familiar además del diagnóstico de colelitiasis. Una pequeña cantidad de embarazadas con pancreatitis tiene un síndrome hiperlipidémico familiar, con frecuencia una hipertrigliceridemia⁵, en algunos casos debido a deficiencia familiar de lipoproteinlipasa.

Otras posibles causas de PA son la ingestión de drogas, las asociaciones virales y las de tipo hereditario; en un número importante de pacientes, se atribuye a causas idiopáticas (17%)^{1,2}. Por otra parte, se sabe, que el hiperparatiroidismo primario, como el que presenta la paciente de este caso, también implica un riesgo de complicaciones para la madre y el feto; las más frecuentes son las alteraciones renales, la pancreatitis, los partos pretérmino y los abortos espontáneos.

La pancreatitis se diagnostica durante el embarazo mediante el empleo de los mismos criterios que en el caso de las pacientes no embarazadas. Desde el punto de vista clínico, la PA se caracteriza por dolor epigástrico, de leve a incapacitante, náuseas y vómitos, y distensión abdominal. Los pacientes presentan sufrimiento agudo de forma habitual, febrícula y taquicardia, y es común la hipotensión. Los hallazgos físicos incluyen dolor abdominal a la palpación y hasta un 10% de los pacientes presenta signos pulmonares asociados.

El diagnóstico de certeza se produce con la elevación de la amilasa sérica 3 veces por encima de los valores normales, si bien no hay una correlación entre el grado de elevación y la gravedad de la enfermedad. La precisión del diagnóstico puede aumentarse por la determinación de la actividad de la lipasa sérica. Habitualmente se observan leucocitosis y ligera elevación de la bilirrubina sérica y de la aspartato aminotransferasa. El 25% de los pacientes presenta hipercalcemia.

Para predecir la gravedad de la enfermedad puede usarse una variedad de factores pronósticos: insuficiencia respiratoria, shock, necesidad de terapia masiva de reposición de líquido, hipocalcemia (por debajo de 8 mg/dl) o líquido peritoneal hemorrágico oscuro. Si aparecen los tres primeros signos, la supervivencia es del 30%⁶. El diagnóstico es difícil de realizar debido principalmente a su baja frecuencia y se debe realizar el diagnóstico diferencial con colecistitis aguda, apendicitis aguda, infarto mesentérico, embarazo ectópico complicado, hiperemesis gravídica, preeclampsia e hígado graso agudo, entre otras patologías¹. Por todo ello, es fundamental confirmar el diagnóstico con amilasa o lipasa sérica y realizar el estudio ultra-

sonográfico de la vía biliar, como también el estudio mediante tomografía computarizada con el fin de analizar la condición pancreática y establecer criterios pronósticos y de gravedad de la enfermedad. Como medida terapéutica, es necesaria la hospitalización en una UCI con el fin de brindar el mejor tratamiento conservador posible.

El tratamiento es similar que en las pacientes no embarazadas, y es fundamentalmente de soporte con colecistectomía electiva después del parto. En las embarazadas con inflamación leve, habitualmente cede en respuesta al tratamiento conservador que incluye analgésicos para el dolor, hidratación intravenosa y medidas dirigidas a disminuir la secreción pancreática (supresión de la ingesta). No se ha demostrado que la sonda nasogástrica con succión continua mejore la evolución en casos de enfermedad de leve a moderada.

En las pacientes embarazadas, el tratamiento quirúrgico se debe reservar para aquellas pacientes en las que se ha comprobado el origen biliar y que presentan complicaciones a pesar del tratamiento conservador, y puede ser realizado por medio de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y colecistectomía laparoscópica, ya que son procedimientos seguros y cursan con una buena evolución postoperatoria. La colecistectomía se realiza generalmente después de haberse resuelto el embarazo, aunque no está contraindicada durante él (incluso por laparoscopia) en caso de ser inevitable^{1,7-10}.

Con respecto al tratamiento obstétrico, debe evaluarse la condición fetal mediante ecografía y monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal. La interrupción del embarazo se indica frente a complicación grave materna o alteración de la unidad fetoplacentaria. La vía del parto es controvertida; sin embargo, algunos autores han establecido que la PA durante el embarazo no afecta a la indicación de la vía del parto y, en ausencia de contraindicación, se recomienda parto vaginal.

Los riesgos fetales se producen principalmente por la prematuridad, que ocurre en aproximadamente el 60% de los casos.

Como conclusión, teniendo en cuenta el caso clínico que se presenta, se puede afirmar que la PA du-

rante el embarazo es una grave complicación y que es fundamental realizar un buen diagnóstico diferencial para evitar la morbimortalidad materno-fetal, aplicando precozmente las medidas terapéuticas adecuadas.

RESUMEN

La pancreatitis aguda (PA) durante el embarazo es una causa poco común de dolor abdominal y, aunque rara vez progresa a la forma necrosante, es una grave complicación cuyo diagnóstico, a menudo, es difícil. Hay muchos factores causales de la PA durante la gestación; el más frecuente, la enfermedad litiasica de la vía biliar, aunque alteraciones metabólicas como la hiperlipidemia pueden actuar como desencadenante. Se presenta el caso de una mujer de 38 años, embarazada de 33+2 semanas con PA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramin KD, Ramin SM, Richey SD, Cunningham FG. Acute pancreatitis in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;173:187-91.
2. Keilson LM, Vary CP, Sprecher DL, Renfrew R. Hyperlipidemia and pancreatitis during pregnancy in two sisters with a mutation in the lipoprotein lipase gene. *Ann Intern Med.* 1996;124:425-8.
3. Swisher SG, Hunt KK, Schmit PJ, Hiyama DT, Bennion RS, Thompson JE. Management of pancreatitis complicating pregnancy. *Am Surg.* 1994;60:759.
4. Legro RS, Laifer SA. First trimester pancreatitis: Maternal and neonatal outcome. *J Reprod Med.* 1995;40:689.
5. Sanduende Otero Y, Figueira Moure A, Rama-Maceiras P, Bautista Guillén A, Diéguez Fernández M. Pancreatitis hipertriglicéridémica y embarazo. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2003;50:477-80.
6. Cunningham FG. *Williams Obstetricia.* Buenos Aires, Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003.
7. Steinbrook RA, Brooks DC, Datta S. Laparoscopic cholecystectomy during pregnancy. Review of anesthetic management, surgical considerations. *Surg Endosc.* 1996;10:511-5.
8. Wishner JD, Zolfaghari D, Wohlgenuth SD, et al. Laparoscopic cholecystectomy in pregnancy. A report of 6 cases and review of the literature. *Surg Endosc.* 1996;10:314-8.
9. Martin IG, Dexter SP, McMahon MJ. Laparoscopic cholecystectomy in pregnancy. A safe option during the second trimester? *Surg Endosc.* 1996;10:508-10.
10. Curet MJ, Allen D, Josloff RK, et al. Laparoscopy during pregnancy. *Arch Surg.* 1996;131:546-50.