

## 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 la identificación de pacientes con riesgo de complicaciones y muerte, ningún método detecta todos los pacientes que van a desarrollar la complicación. La atención varía desde la conducta quirúrgica temprana hasta el tratamiento médico en las Unidades de Cuidados Intensivos, que tienen como principal objetivo corregir la hipovolemia y la detención o la regresión del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica; la atención debe ser por parte de 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 sufría pancreatitis aguda grave con colección pancreática a la que se le indicó tratamiento médico no intervencionista y antibioprofilaxis y que tuvo una evolución favorable, con resolución total.

**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.

**Key words:** pancreatitis, therapeutics

La pancreatitis aguda (PA) es un gran drama abdominal motivo de ingreso frecuente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y comprende diversos grados de inflamación aguda del páncreas que pueden 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 la evaluación del tratamiento apropiado requiere una 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 al 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: resucitación con fluidos, nutrición enteral y óptimo medio interno, así como un adecuado soporte respiratorio para 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

Se presenta una mujer de 36 años y piel blanca con antecedentes de asma bronquial y colecistectomizada desde hacía 12 años por litiasis vesicular que, además, padece gastritis eritematosa. Acudió al Cuerpo de Guardia porque presentaba dolor epigástrico intenso sin irradiación que no se aliviaba con la administración de analgésicos parenterales y que estaba acompañado de náuseas y vómitos, por lo que se decidió su ingreso, con diagnóstico de crisis de gastritis, en la Sala de Cirugía del Hospital General Docente de Placetas.

Al examen físico impresionaba agudamente enferma: palidez cutánea, mucosa oral seca, taquicardia de 110l/min, tensión arterial 110/70mmHg y polipnea de 26r/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:

Hemoglobina: 108g/l

Hematocrito: 0.35vol%

Leucograma total:  $12.8 \times 10^9/l$ , polimorfos: 0.58, linfocitos: 0.40, eosinófilos: 0.02

Glucemia: 5.8mmol/l

Amilasa sérica: 154U/l (unidades internacionales)

Ultrasonido (US) abdominal: sin alteraciones.

Evolutivamente presentó fiebre de 38.8°C y aumentó el dolor, se le realizó una laparoscopia que informó sufusiones hemorrágicas en asas delgadas. Otros

complementarios mostraron:

Amilasa sérica: 785U/l

Leucocitosis:  $17.2 \times 10^9/l$

Glucemia: 11.5mmol/l

Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP): 342u/l

Gasometría arterial pH: 7.29,  $PCO_2$ : 28.6mmHg,  $PO_2$ : 76.2mmHg, SB: 24.2 mmHg, EB: -3.8; Na: 152mmol/l, K: 4.2mmol/l

Creatinina: 181micromol/l

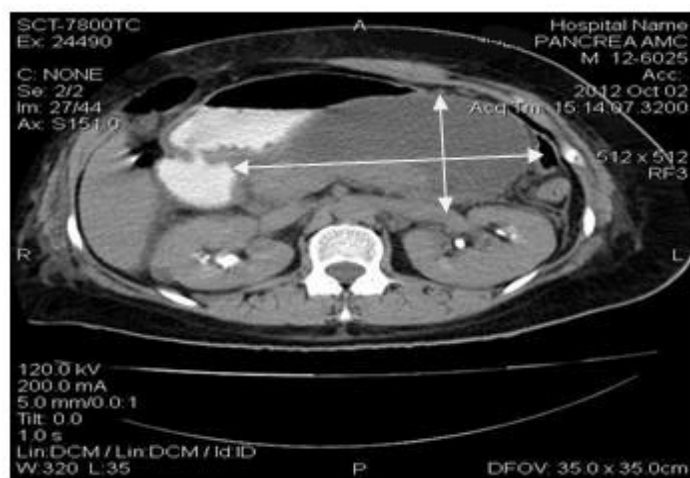
Radiografía de torax: radioopacidad del ángulo costofrénico izquierdo en relación con un derrame pleural de pequeña cuantía.

Se interpretó como una PA y fue trasladada a la UCI al detectarse un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), un APACHE II de 15 puntos y tres puntos según criterios de Ramson. Se le realizó una tomografía axial computadorizada (TAC) de páncreas que informó una gruesa imagen hipodensa de 146x49mm en íntimo contacto con el páncreas, con borramiento de la grasa peritoneal en el hipocondrio izquierdo y de grado D según los criterios morfológicos de Baltasar (figura 1); se continuó una terapéutica conservadora y se añadió la antibioprofilaxis con ciprofloxacino 400mg endovenoso (EV) cada 12 horas.

Se repitió la TAC (figura 2) y se observó un aumento de tamaño de la colección en contacto con el páncreas y el estómago. Como mantenía un SRIS y por los hallazgos de la TAC se inició tratamiento con meropenem -1g EV cada ocho horas-



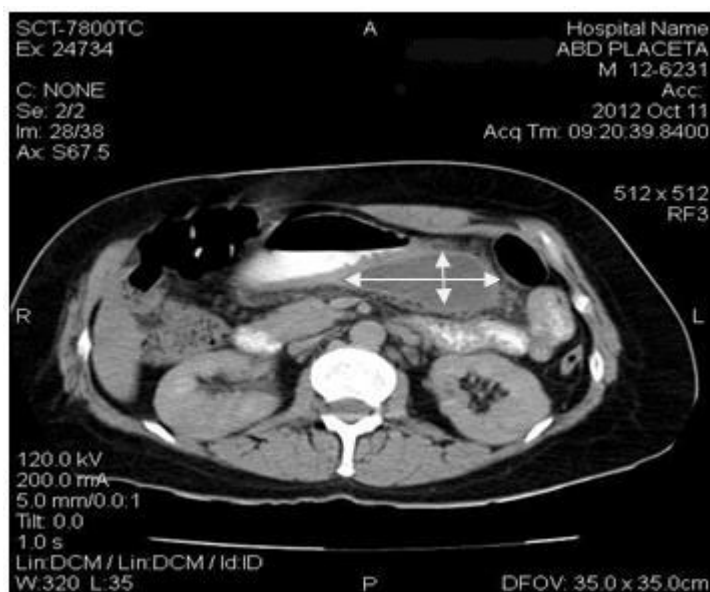
**Figura 1.** TAC de de páncreas. Se observa una imagen hipodensa peripancreática



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

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

parenteral y se mantuvo la terapéutica medicamentosa, desapareció el SIRS y se le realizó una nueva tomografía (figura 3) que demostró 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

Debido a su evolución se suspendió el antimicrobiano y se mantuvieron el resto de las medidas, las que fueron suspendidas tres días más tarde. Un US abdominal no mostró colección (figura 4) y la paciente fue egresada.



**Figura 4.** US abdominal. Se observa el páncreas de tamaño normal

## COMENTARIO FINAL

La identificación de pacientes con elevado riesgo para desarrollar una PA grave es crucial pues 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 el SRIS, los criterios de Ranson y Glasgow y el APACHE II, el diagnóstico por imágenes (criterios de Balthazar por TAC), el fallo orgánico y los datos de laboratorio (hematocrito, proteína C reactiva y 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 que se presenta se diagnosticó un SRIS al

momento del ingreso y posteriormente una colección pancreática única por 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 esta 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 la 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 pues la paciente experimentó una resolución total de la colección pancreática, lo que se corroboró evolutivamente al realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) que no evidenció litiasis ni 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 Sept 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 Sept 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 Sept 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 Heras G, et al. Recomendaciones del Club Español Biliopancreático para el Tratamiento de la Pancreatitis Aguda. Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2008 [citado 16 Sept 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 Sept 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 Sept 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 Sept 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)