

Pancreatitis Aguda Complicada. Presentación de un caso

REMIJ 2011;12(1):100-103

Complicated Acute Pancreatitis. Case Presentation

Dr. Iván Baigorria Licor¹, Lic. Clariza Spencer Lamorú², Dra. Bárbara Daudinot Gómez³

¹ *Especialista de 1er. Grado de Radiología. Profesor Instructor*

² *Licenciada en Tecnología de la Salud, Perfil de Imagenología. Profesor ATD*

³ *Especialista de 1er Grado de Radiología. Profesor Asistente*

RESUMEN

Paciente: APC, 27 años, mestizo, residente en comunidad rural en “Mella Cítricos”, con problemas de tipo social y de higiene ambiental, aunque sin APP de interés. Acude al Servicio de Urgencias del hospital, el 23 de Noviembre del 2010, con dolor abdominal alto y frecuentes vómitos. Después de la obligada aplicación del método clínico, con un interrogatorio minucioso y un adecuado examen físico, el cirujano hace el diagnóstico presuntivo de pancreatitis. El paciente es ingresado y después de una tórpida y complicada evolución y varias intervenciones quirúrgicas, es dado de alta el 28 de Febrero del 2011.

Palabras clave: pancreatitis aguda, áscaris lumbricoides, parasitismo

SUMMARY

Patient: APC, 27, mestizo, rural community resident “Mella Citrus “, with social problems and environmental hygiene, but not APP of interest. Go to the Emergency Department at the hospital, November 23, 2010, upper abdominal pain and frequent vomiting. After the obligatory application of clinical method, with a thorough examination and appropriate physical examination, the surgeon makes a presumptive diagnosis of pancreatitis. The patient was admitted and after an awkward and complicated evolution and several surgeries, was discharged on February 28, 2011.

Keywords: acute pancreatitis, roundworm, parasitic

INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos, se ha producido un incremento llamativo en los casos de pancreatitis aguda con tendencia a complicarse y en pacientes que no tienen antecedentes patológicos de interés lo que debe llamar a reflexión.

La Pancreatitis Aguda es la destrucción enzimática brusca, más o menos difusa del parénquima pancreático, producido por la salida de enzimas activas hacia el tejido glandular. Es un desorden inflamatorio del páncreas, en el cual la función pancreática normal debe ser restaurada una vez que la causa primaria del evento agudo es superada.^{1,2}

En este caso, APC, tuvo una estadía hospitalaria de 3 meses, lo cual es inusual; presentó complicaciones muy severas, como absceso abdominal, neumotórax, derrame pulmonar y empiema pulmonar.

El trabajo de cirujanos, anestesiólogos, clínicos, enfermeras y de los Medios de Diagnóstico, fue arduo, constante y efectivo, hasta lograr la curación del paciente.

La ascariasis es la parasitosis más frecuente y cosmopolita de todas las helmintiasis en humanos y abunda en las regiones donde la pobreza, las condiciones de vivienda en hacinamientos y la mala sanidad ambiental son comunes. Los efectos patológicos producidos por los áscaris en el hombre se presentan en lugares diversos, de acuerdo con la localización de sus distintas formas evolutivas. La ascariasis biliar es una de las complicaciones más severas de pancreatitis aguda producida por infestación por Áscaris.³

Presentamos un caso de pancreatitis aguda complicada por áscaris lumbricoides con la diferencia de que en este caso, además de llegar a nuestro Hospital en una etapa muy avanzada de la pancreatitis, con autodigestión pancreática y grasa peripancreática, lo que influye en el desarrollo de esta complicación es la sanidad ambiental, en una comunidad de nuestro municipio, no siendo la causa la extrema pobreza, donde es común el desarrollo de esta enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente: APC, masculino, 27 años de edad, mestizo, sin APP ni familiares de interés, que el 23 de Noviembre del 2010, acudió al Servicio de Urgencias del hospital, ante el cirujano de guardia, refiriendo dolor intenso en epigastrio y vómitos frecuentes, los que inicialmente fueron con restos de alimentos y posteriormente, biliosos. Al sospecharse, por el cuadro clínico una pancreatitis aguda, se realiza un interrogatorio exhaustivo, tratando de encontrar la causa de la enfermedad presuntiva, lo que no se logra, lo cual no impidió que se confirmara el diagnóstico al encontrarse en análisis de urgencia una amilasa sérica en 415 u/l.

El paciente es ingresado en Sala de Cirugía y se comienza tratamiento médico. La evolución fue tórpida, desde el punto de vista clínico, humoral e imagenológico. El paciente se agravó rápidamente y por su estado es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde se encuentran áscaris lumbricoides en número de 5, a pesar de lo cual, siguió empeorando, por lo que fue necesario intervenirlos quirúrgicamente, ante la sospecha de pancreatitis complicada, con imágenes de TAC que sugerían necrosis del páncreas y de la grasa peripancreática. En la operación, se resecan partes de áreas necrosadas, se lavaron los abscesos, dejando drenajes en cavidad para clisis abdominales, que no resultaron, por lo que fue reintervenido en varias ocasiones, encontrando en una de ellas, hemorragia pancreática incontrolable, siendo necesario realizar cirugía de control de daño, empaquetamiento y dejar abdomen abierto.

Se retiró el "packing" abdominal 48 horas después y comenzó a evolucionar mejor el abdomen. Como parte de las complicaciones propias de las pancreatitis, presentó derrame pleural izquierdo, que llegó a ser prácticamente masivo, comprometiendo seriamente la mecánica ventilatoria del paciente, por lo que se decidió drenar el derrame, lo que se logró parcialmente, evolucionando hacia empiema, que a pesar de la terapéutica, se hizo crónico, lo que llevó a que se le practicara ventana pleural, lográndose así una evolución más favorable.

El paciente fue dado de alta el 28 de Febrero del 2001, aunque se mantiene con curas de la ventana pleural (se aisló primeramente Eschericia Coli y luego Pseudomona. El paciente presentó escara sacra.

Añadir: durante esos tres meses, se le practicaron alrededor de 10 ultrasonidos (US), entre abdominales y de bases pulmonares, 2 fluoroscopías de tórax y tres tomografías axiales. El papel de las diferentes técnicas de diagnóstico por imagen empleadas para el seguimiento evolutivo de este paciente, fue decisivo para los cirujanos y clínicos a cargo del caso, pues mediante esos métodos se diagnosticó, primero, la pancreatitis aguda con las primeras complicaciones US y Tomografía Axial Computarizada, siguiéndose por US la evolución de sus complicaciones abdominales, realizándose posteriormente tomografía, y cuando se decidió realizarle Rayos X de Tórax, al sospecharse el derrame pleural lo que se constató, tocó su momento al Fluoroscopio, para visualizar las características del derrame, tabicado y en bolsones y guiándose los cirujanos por fluoroscopía, se hicieron drenajes del derrame.

En las imágenes de A a la G se observan cortes axiales con un espesor de 3 mm en el abdomen a nivel del páncreas que demuestran un proceso inflamatorio del páncreas y grasa peripancreática. (anexos)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Lankisch PG, Schirren CA, Kunze E. Undetected fatal acute pancreatitis: Why is the disease so frequently overlooked? *Am. J. Gastroenterol.* 1991;86:322
2. Gumaste VV. Diagnostic tests for acute pancreatitis. *Gastroenterologist.* 1994; 2:119.
3. Albal García A, Segura Luque JC, Gómez Ramírez S, Martínez Sánchez MA, Polo Romero FJ, Moreno Salcedo JM, et al. Pancreatitis Aguda Recidivante por *Ascaris Lumbricoides*. *Rev. Clin Med Fam.* 2008;2(4). Disponible en: <http://www.revclinmedfam.com/articulo.php?art=2>. Consultado: 5 mayo 2011.