



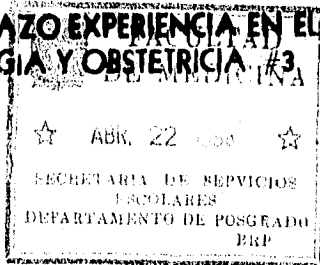
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

11217

140  
74

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NO 3  
CENTRO MEDICO "LA RAZA" IMSS

PANCREATITIS Y EMBARAZO EXPERIENCIA EN EL  
HOSPITAL GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA #3



**TESIS DE POSTGRADO**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
E S P E C I A L I S T A E N:  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. BENITO ROMERO HERNANDEZ



**IMSS**

ASESOR DE TESIS:  
DR. DONATO RAMIREZ JIMENEZ  
COLABORADOR:  
DR. ARMANDO MARTINEZ MARTINEZ

MEXICO D.F.

FEBRERO 1990



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

CENTRO MEDICO LA RAZA  
Disp. de Ginecología y Obstetricia  
Calle de Insurgentes y Venustiano Carranza

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A mis padres Dr Casimiro Romero Bernal y Dra Bertha Hernández M.

Les debo todo en la vida. Gracias.

A mi Abuelo Teodoro Hernández R. un hombre sabio .

A Margarita Zamora Aguilar por haberme hecho distinguir entre  
la vida y la muerte, y explicarme la razón de ser médico.

AGRADECIMIENTOS

A las Pacientes del Hospital Ginecología y Obstetricia

A el Dr Donato Ramírez J.

A los Médicos que han sido maestros.

A mi Familia.

A mis compañeros Residentes.

A la Dra Yaeli Huarte.

A Dios.

## INDICE

DEDICATORIA.....	1
AGRADECIMIENTOS.....	11
INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	2
OBJETIVOS.....	14
MATERIAL Y METODOS .....	15
RESULTADOS.....	16
CONCLUSIONES .....	26
BIBLIOGRAFIA.....	28

## INTRODUCCION

Dentro de las complicaciones del embarazo, la Pancreatitis es una de las menos frecuentes , sin embargo sabemos que la morbilidad y la mortalidad para el binomio son altas . Debido a la frecuencia en que se presentan el especialista en Ginecología y Obstetricia , no se encuentra familiarizado con las características clínicas del cuadro , ni de los lineamientos generales sobre el manejo , incluso no se sospecha en los cuadros dolorosos abdominales durante el embarazo, como diagnóstico diferencial.

En los textos de la especialidad se maneja muy poca información en relación a Pancreatitis y embarazo y no siempre se aborda con un enfoque perinatólogico . En nuestro medio hospitalario no se han analizado los casos y la experiencia que se ha tenido en este hospital no se ha compilado , además de que dado el requerimiento de manejo multidisciplinario , los casos han sido en cierta forma "divididos" por los distintos servicios . Es por ello que el presente trabajo pretende identificar y describir los casos que se han presentado , y compilar de alguna manera la experiencia en los distintos servicios con el objeto de tener una base mas clara y objetiva sobre esta complicación.

### ANTECEDENTES CIENTIFICOS

#### Aspectos generales;

Desde un punto de vista práctico , la pancreatitis se define como una enfermedad caracterizada clínicamente por dolor abdominal agudo acompañado de elevación de enzimas pancreáticas en sangre y orina. Esta alteración casi siempre va en relación directa con la función exócrina del páncreas, la cual se caracteriza por la secreción de un fluido isosmótico alcalino con pH de 8 el cual contiene aproximadamente 20 enzimas y zimógenos. Esta secreción provee de las enzimas necesarias para efectuar la actividad digestiva mayor en el tracto gastrointestinal y provee el pH óptimo para la función de dichas enzimas. Está regulado por mecanismos neuroendócrinos específicos . Dada la naturaleza de las enzimas pancreáticas , el organo cuenta con un mecanismo de autoprotección , basado en unicamente formar precursores de proteasas y la síntesis de inhibidores de proteasas(1) (2).

La enfermedad pancreática inflamatoria primeramente debe considerarse en dos grupos fundamentales:

- a) Pancreatitis aguda
- b) Pancreatitis crónica

Esto en base a la diferencia entre ambas, la cual en la primera existe restablecimiento de las funciones pancreáticas y su instalación es al igual que su evokuyción en corto lapso, mientras que en la segunda existe daño permanente o residual que puede contribuir a que el cuadro clínico se prolongue. (2)

Dentro del espectro patológico de los episodios agudos de pancreatitis se puede encontrar las variedades de pancreatitis edematosa que usualmente es benigna y autolimitada en la que los cambios inflamatorios son generalmente reversibles y la pancreatitis necrotizante en la que el grado de necrosis se correlaciona con la severidad del cuadro y sus repercusiones sistémicas. (2)

En el caso de la pancreatitis aguda, se habla en relación directa a la etiología, de una gama de entidades en las que los eventos se manifiestan estadísticamente con más frecuencia. Encabezando dicha lista tenemos en la población general la enfermedad biliar fundamentalmente litiasica y al alcoholismo, tanto agudo como crónico. Estas dos causas se consideran la causa más frecuente en los países subdesarrollados (1) y dan origen a un alto porcentaje de todos los cuadros. Otras de las causas incluyen el estado postoperatorio de la vía biliar, posterior a la realización de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, el trauma abdominal, estas últimas como causas no metabólicas. Dentro de las causas metabólicas se mencionan a la hipertrigliceridemia, la hipercalcemia la deficiencia de Apolipoproteínas, el hiperparatiroidismo, la insuficiencia renal. Las causas infecciosas más comunes son la parotiditis la hepatitis viral ascariasis y mycoplasma. Causas menos comunes son las asociadas a fármacos, a enfermedades del tejido conectivo con vasculitis y el pancreas divisum, etc.(1) (2) (3).



La fisiopatogenia de la presencia de Pancreatitis está dada básicamente por las siguientes teorías:

La autodigestión que propone que las enzimas proteolíticas son activadas antes de que alcancen la luz intestinal, esto por causa de un factor externo.

Otra teoría habla del canal común en la que una modificación anatómica facilita el reflujo de bilis en el ducto pancreático, resultando en activación de las enzimas pancreáticas.

Una tercera habla de activación de dichas enzimas pancreáticas por hidrolasas lisosomales producidas en el propio islote. (2)

Las características clínicas de la pancreatitis agudas son constituidas básicamente por el dolor abdominal característico constante y terebrante que se localiza en epigastrio y en región periumbilical y que a menudo se extiende a la espalda tórax flancos y hemiabdomen inferior; es más intenso en decúbito supino, con frecuencia se alivia cuando el paciente se sienta con el tronco flexionado y las rodillas recogidas. Esto asociado a náuseas, vómito, distensión abdominal. Suele presentarse febrícula taquicardia e hipotensión, en casos más severos Shock hipovolémico y/o distributivo. . EN menor cantidad de casos aparece ictericia, y signos pulmonares. En los casos de hemoperitoneo se observa el llamado signo de Cullen( coloración azul periumbilical) o el de Turner( coloración violácea en los costados) en los casos de pancreatitis necrohemorrágica grave.

Los datos de laboratorio que orientan al diagnóstico en la pancreatitis son la elevación de la amilasa sérica y en orina así como lipasa. (2)

Otros hallazgos no tan específicos son la leucocitosis hiperglucemia , hipocalcemia , hiperbilirrubinemia, elevación de enzimas hepáticas , hypoalbuminemia , hipertrigliceridemia y hipoxemia. Ranson Emrie consideraro ciertas características clínicas y de laboratorio como factores pronósticos de la evolución de la enfermedad , y se añadió posteriormente a dichos criterios la Clasificación de APACHE II (acute physiology and chronic health evaluation scoring system ) para establecer un adecuado puntaje de suervivencia. (Cuadro 1)

La TAC y el USG junto con las placas de abdomen , son parte fundamental del Dx y evaluación de la gravedad en los casos de pancreatitis. (Cuadro 2). Este índice de gravedad conforme se eleva el puntaje nos habla de una mayor morbimortalidad y de la capacidad de recuperación conforme es menor el puntaje, basado fundamentalemete el la Pancreatografía dinámica( ).

La base del tratamiento de la pancreatitis aguda se fundamenta en tres puntos básicos,

- Reposo intestinal "dejar que el páncreas descanse".
- Líquidos y electrolitos
- Alivio del dolor.

Agregado a estos tres aspectos se deben considerar el apoyo con Nutrición parenteral , el manejo antimicrobiano y el drenaje quirúrgico en los casos en que esté indicado.

Las complicaciones pueden ser de tipo local y sistémico y se resumen en el cuadro 3. (1) (2) (3).

**Cuadro 1.** Factores que afectan de manera adversa a la supervivencia en la pancreatitis aguda

<b>Criterios de Ranson-Imrie</b>	
A. En el momento del ingreso o del diagnóstico	
1	Edad > 55 años
2	Leucocitos > 16 000 por milímetro cúbico
3	Hiperglucemia > 11 mmol/L (> 200 mg/dL)
4	LDH sérica > 490 U/L
5	AST sérica > 27 U/L
B. Durante las 48 horas iniciales	
1	Hematócrito se reduce más de un 10 %
2	Transaminasas de hígado > 3000 U/L
3	Hipocalcemia < 1.0 mmol/L (< 8.0 mg/dL)
4	Hipoxemia (PaO <sub>2</sub> ) < 60 mmHg
5	BUN aumenta > 1.8 mmol/L (> 5 mg/dL) tras líquido IV
6	Hepatosplenomegalia > 12 p.L. (> 3.2 m <sup>3</sup> )
Sistema de evaluación de la fisiología aguda y el estado de salud crónico (APACHE II) > 12	
Líquido peritoneal hemorrágico	
<b>Indicadores clave</b>	
A	Hipotensión (TA < 90 mmHg) o taquicardia > 130 latidos por minuto
B	PaO <sub>2</sub> < 60 mmHg
C	Oliguria (< 30 ml/h) o aumento del BUN y creatinina
D	Metabólicos [calcio sérico < 1.9 mmol/L (< 8.0 mg/dL) o albúmina sérica < 32 g/L (< 2 g/dL)]

**Cuadro 2.** Índice de gravedad en la pancreatitis aguda

	Puntos
<b>GRADO DE PANCREATITIS AGUDA</b>	
A. Páncreas normal.	0
B. Solo agrandamiento pancreático.	1
C. Inflamación comparada con el páncreas y masa peripáncreática.	2
D. Una colección peripáncreática de líquido.	3
E. Dos o más colecciones de líquido.	4
<b>GRADO DE NECROSIS PANCREÁTICA</b>	
A. Sin necrosis.	0
B. Necrosis de un tercio del páncreas.	2
C. Necrosis de la mitad del páncreas.	4
D. Necrosis de más de la mitad del páncreas.	6

## Cuadro 3

## Complicaciones de la pancreatitis aguda

## LOCALES

- A Hematipancrático.
- B Absceso pancreático.
- C Pseudociste pancreática.
  - 1 Quiste.
  - 2 Quiste.
  - 3 Quiste.
  - 4 Quiste.
  - 5 Obstrucción del tubo digestivo (enteroquilo, duodeno, ciego).
- D Anillo pancreático.
  - 1 Rotura del conducto pancreático principal.
  - 2 Pseudociste con escape.
- E Abstracción de la circulación local por pancreatitis necrotizante.
  - 1 Trombosis intramural del meso.
  - 2 Trombosis de vasos sanguíneos.
  - 3 Infarto intestinal.
- F Letenia obstructiva.

## SISTEMICAS

- A Polmonares.
  - 1 Embolia pulmonar.
  - 2 Neumotórax.
  - 3 Absceso multilocular.
  - 4 Neumomias.
  - 5 Síndrome de dificultad respiratoria del adulto.
- B Cardiovasculares.
  - 1 Hipotensión.
    - a Hipovolemia.
    - b Hipotensión.
  - 2 Muerte repentina.
  - 3 Cambios hemodinámicos del segmento ST y de la onda T en el electrocardiograma que simulan un infarto de miocardio.
  - 4 Derrame pericárdico.
- C Hematólogicas.
  - 1 Coagulación intravascular diseminada.
- D Hemorragia digestiva.\*
  - 1 Úlcera péptica.
  - 2 Gastritis erosiva.
  - 3 Necrosis pancreática hemorrágica con erosión en grandes vasos sanguíneos.
  - 4 Trombosis venosa portal, varices hemorrágicas.
- E Renales.
  - 1 Glomerulonefritis.
  - 2 Hiperazotemia.
  - 3 Trombosis de la arteria o de la vena renal, o de ambas.
- F Metabólicas.
  - 1 Hiperglucemia.
  - 2 Hiperuricemia.
  - 3 Hipocalcemia.
  - 4 Encefalopatía.
  - 5 Coma repentina (encefalopatía de Parry-Jones).
- G Del sistema nervioso central.
  - 1 Psicosis.
  - 2 Embolia grasa.
- H Necrosis grasa.
  - 1 Tejidos subcutáneos (nódulos eritematosos).
  - 2 Hueso.
  - 3 Diversos (pericardio, pleura, sistema nervioso).

\* Agravado por alteraciones de la coagulación (CID).

**PANCREATITIS Y EMBARAZO:****Aspectos históricos:**

Una asociación específica entre la pancreatitis aguda y el embarazo ha sido sugerida durante muchos años. Langmade y Edmonson en 1951 revisaron 53 pacientes que habían desarrollado pancreatitis aguda en asociación con embarazo. 13 años después Gulzow en 1964 hizo el análisis de 100 casos. Corlette and Michelle en 1972 reportaron un estudio retrospectivo de 52 pacientes que desarrollaron pancreatitis durante el embarazo, siendo esta revisión uno de los artículos clásicos en esta complicación.

(4),(5). En la década de los 70's y principios de los 80's destacan las series de Joupila y Wilkinson en la que se establece la incidencia de dicho problema en la actualidad (6). Los trabajos de McKay Glueck y Devore hacen un análisis sobre etiología diagnóstica, y relación con otras patologías (5,6,7). Las series más recientes ( Ramin-Ramin y Swisher) establecen los parámetros terapéuticos y las repercusiones perinatológicas (8,9).

**Frecuencia:**

La pancreatitis aguda como causa de dolor abdominal en la paciente embarazada es poco común y por lo tanto poco sospechada.

Corlette y Michelle reportan una incidencia de 1/3,800 a 1/11,467 que no es diferente a la serie de Juopila y Wilkinson.(4,10)

En 1994 el grupo de la UCLA reporta una incidencia del 0.7%

(9) mientras que los textos de obstetricia reportan una incidencia que varía del 0.01% al 0.1%, comparada con la incidencia en la población general del 0.5% (2,12,13). Sharp concluye en

1994 que haciendo un promedio se considera que la pancreatitis en el embarazo ocurre en 1/1,000-10,000 nacimientos.

#### Etiología y fisiopatogenia en el embarazo:

En la paciente embarazada se puede considerar como causas probables el hígado graso agudo del embarazo, la preeclampsia, y aunque es controversial, el propio embarazo podría ser la causa de pancreatitis. Sin embargo al igual que en la población general la causa más frecuente sigue siendo la enfermedad biliar por litos constituyendo el 68% de los casos clasificando las otras causas como diferentes a enfermedad biliar como responsables del restante 32%. En la paciente embarazada debido a los cambios fisiológicos es frecuente encontrar hipertriglicéridemias hiperlipidemias, las cuales también se asocian a la presencia de pancreatitis en el embarazo con relativa mayor frecuencia (8,14,6,). Con respecto a la fisiopatología de la pancreatitis aguda en la paciente embarazada se han hecho las siguientes consideraciones: cuando existe enfermedad biliar se explica por los cambios de la vesícula y el flujo biliar, ya que durante el embarazo la vesícula biliar aumenta su tamaño y el vaciamiento se realiza más lento con hipomotilidad del tracto biliar por lo que hay mayor predisposición a la precipitación de sólidos creando un ambiente litogénico (14,16). En relación a la hiperlipidemia se trata de dar la siguiente teoría como posible explicación: un incremento progresivo en la concentración de colesterol y triglicéridos es un hallazgo común en el embarazo, algunos factores que contribuyen son la lipólisis del tejido adiposo aumentada facilitando la posibilidad al hígado de sustratos para la síntesis de triglicéridos; y este induce un alto flu-

jo de VLDL a la circulación con una reducción en la actividad de la lipoproteinlipasa causando un inadecuado manejo de los triglicéridos (17,19) . En relación a la preeclampsia y el embarazo como tal como causa de pancreatitis se puede explicar a un aumento en la presión intraabdominal sobre los conductos biliares o edema de la encrucijada pancreatobiliar (14,18).

Aspectos clínicos de la pancreatitis durante el embarazo:

Las características de la paciente en la que suele presentarse pancreatitis y embarazo son controversiales; por una parte los que apoyan que la etiología más común son los litos biliares piensan que la múltipara es más susceptible (9,14,16) ; mientras que los que apoyan otras causas de tipo metabólico o enfermedad asociada apoyan a la primigesta como más susceptible (16,17,18). Ramin reporta que la edad promedio de estas pacientes es de 24 años al igual que Corlette . Y los datos clínicos generales como el tipo de dolor, náusea y vómito taquicardia, fiebre y otros, no son diferentes de los de la población en general (4,8) .

La acusiocidad en la exploración abdominal debe tener primordial atención ya que la frecuencia del cuadro generalmente es en el segundo y tercer trimestre del embarazo donde el útero desplaza los órganos modificando las referencias de dolor (9,15,16)

Diagnóstico :

En la paciente embarazada el diagnóstico de pancreatitis no es diferente al de la población general , se basa fundamentalmente en las características clínicas y en la cuantificación de enzimas pancreáticas en forma seriada. La relación entre la depuración de amilasa sobre creatinina ha sido sugerida como parámetro diagnóstico de pancreatitis; Devore y colaboradores

Proponen la siguiente Formula:

$$\text{CAM/CCR \%} = \frac{(\text{amilasa}) \text{ orina} \times (\text{cratinina}) \text{ suero}}{(\text{amilasa}) \text{ suero} (\text{creatinina}) \text{ orina}} \times 100$$

Con valores normales entre 1-4%. (7)

En relación a la lipasa en esta no se observa cambio significativo entre las embarazadas y las que no estan, cosa que es diferente a la relación de la depuración de amilasa/creatinina que si varia con las pacientes embarazadas y no embarazadas (24).

La imagenología en la paciente embarazada sigue teniendo la misma utilidad que en la población general con respecto al índice gravedad/pronóstico, sin embargo debemos tener en consideración el riesgo que se corre con la radiación sobre el feto, por lo que el ultrasonido de abdomen sigue siendo la base fundamental en la paciente embarazada (2,20).

Dentro de los diagnósticos diferenciales de pancreatitis durante el embarazo se encuentra: perforación de ulcera duodenal, colecistitis, apendicitis, hepatitis, obstrucción intestinal, cetoacidosis diabética y sobre todo con la presencia de preeclampsia asociada a epigastralgia (11).



**Tratamiento:**

Todas las series revisadas coinciden en que el tratamiento de la paciente con pancreatitis y embarazo, no difiere mucho al que se aplica en la paciente no embarazada, el cual tiene como común denominador los objetivos básicos los siguientes:

- suprimir la excreción pancreática
- manejo hidroelectrolítico y del medio interno
- alivio del dolor
- prevención del shock y las infecciones.

(2,3,4,5,6,11,12,13)

En el caso de la enfermedad biliar por litos, se considera el manejo médico como primera opción de ser posible; y tratar de derivar o posponer la cirugía el mayor tiempo posible preferiblemente al postparto, y en ocasiones el manejo endoscópico puede resolver los casos de urgencia.(4,5,8,11,21,16,14).

Actualmente la Nutrición parenteral total, en este tipo de pacientes es parte fundamental de la adecuada respuesta y de la disminución en la morbimortalidad perinatal, aunque se han indentificado como complicación de la NPT en la embarazada el parto pretérmino idiopático y la preeclampsia .(22,23)

En los casos en los que existe trastorno de los lípidos, como causa de la pancreatitis, también la nutrición parenteral es el tratamiento de elección(19).

En otro aspecto en el que coinciden las series reportadas es en que el embarazo no parece tener efecto adverso en el pronóstico de la pancreatitis, por lo que se sustenta que no existe razón para terminar un embarazo por dicha causa, a menos que la repercusión obstétrica ( fetal o materna) lo requiera,

ni tampoco determina la vía de resolución del embarazo.

#### Morbilidad y mortalidad perinatal

La morbimortalidad perinatal se reporta alrededor de 20% de mortalidad materna y de 38% de mortalidad perinatal dependiendo del trimestre en que se establezca el cuadro. (10)

La gran mayoría de las series menciona que depende de la severidad del cuadro se puede establecer el pronóstico materno y no es diferente al establecido por criterios de Ranson y APACHEII.

**OBJETIVOS****Objetivo General:**

Compilar los casos que se han presentado de pancreatitis y embarazo, realizando un análisis descriptivo de ellos con el fin de observar la experiencia que se tiene en el abordaje diagnóstico y terapéutico así como en el resultado perinatólogico.

**Objetivos específicos:**

- a) Conocer la Frecuencia con la que se presenta Pancreatitis y Embarazo en nuestro medio.
- b) Identificar las características clínicas de las pacientes que presenta pancreatitis y embarazo.
- c) Identificar las características terapéuticas tanto desde el punto de vista sistémico como obstétrico.
- d) Conocer la morbimortalidad perinatal de pancreatitis y embarazo en nuestro medio..
- e) Comparar la Información con lo realizado en la literatura.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio de características DESCRIPTIVO Y RETROSPECTIVO.

Se analizaron todos los casos que se presentaron de pancreatitis y embarazo que ingresaron a el Hospital Gineco obstetricia #3 de Febrero de 1995 a Febrero de 1996, incluyendo los casos en que se confirmó el DX de Pancreatitis por clínica y laboratorio así como el hecho de que se haya confirmado embarazo sin importar la edad gestacional.

Se realizó una revisión en la Literatura obteniéndose toda información de artículos y revistas en Medline e Index Medicus, la cual se presenta como antecedentes científicos.

Se realizó un resumen descriptivo sobre los casos detectados con los aspectos fundamentales sobre antecedentes, presentación del cuadro diagnóstico y tratamiento y resolución del mismo.

RESULTADOS

Se revisaron todos los ingresos al Hospital Ginecología y Obstetricia # 3 en el período comprendido de Febrero de 1995 a Febrero de 1996, encontrando un número de 6675 nacimientos en dicho período de Tiempo. Mismo en el que sólo se presentaron tres casos de Pancreatitis y Embarazo, lo que nos hace una frecuencia de 1 caso por cada 2225 nacimientos.

De los tres casos que posteriormente se presentará el resumen clínico, 1 fué primigesta de 15 años; otra fué Multípara de 33 años y la última secundigesta de 20 años.

La edad en gestacional en que se presentó el cuadro de pancreatitis, fué en la primera a las 29 semanas de gestación, la segunda a las 30 semanas y la tercera a las 27 semanas.

En los tres casos el Dx se realizó por clínica ultrasonografía y laboratorio, y en dos casos se logró corroborar con Tomografía axial computada.

En los dos casos obstétricamente ya resueltos se asoció el cuadro de Pancreatitis a Preeclampsia Leve.

En ninguna de las tres pacientes se documentó, enfermedad litiasica biliar.

Al momento ambos casos resueltos obstétricamente, se ha interrumpido la gestación x vía abdominal obteniéndose productos vivos, el primero a las 36 semanas con el cuadro de pancreatitis ya resuelto, con producto de 2275 g apgar 5/8, y el segundo se resolvió durante el periodo agudo obteniéndose a las 30 semanas producto de 1325g apgar 4/7. El tercer caso aún no se resuelve el embarazo, sin embargo será cesárea por antecedente de cesárea reciente.

No hubo mortalidad materna ni perinatal en los 2 casos resueltos y en los 3 casos el cuadro de pancreatitis remitió con el manejo establecido.

Las pacientes sometidas a Cirugía ( cesárea) evolucionaron satisfactoriamente con un promedio de 8 días de estancia postoperatoria.

La etiología del cuadro de pancreatitis en el primer y tercer caso se determinó **por** hiperlipidemia sin haberse podido determinar el tipo de la misma, y en el primero de los casos se asoció con insuficiencia renal aguda. En el segundo caso sólo hubo como posible etiología la preeclampsia y en ella se decidió la interrupción por considerarla necesaria para el manejo .

En los tres casos hubo apoyo multidisciplinario tanto de Cirugía , Terapia intensiva, obstetricia e incluso Pediatría. Interconsultando a Nefrología y Endocrinología.

## caso clínico # 1

Nombre : M.T.N.

Filiación : 1392 74 14 77

Edad: 15 años

Ocupación: al Hogar

Originaria y residente : Distrito Federal

AHF: Negados.

APNP:Habitación Urbanizada, toxicomanías negadas , hábitos higiénico dietéticos aceptables grupo y rh ignorado inmunizaciones completas.

APP: Niega alérgicos quirúrgicos y transfusionales, enfermedades propias de la infancia sin complicaciones.

AGO: Menarca a los 13a ritmo 30x3 eumenorréica IVSA a los 14 años 1 pareja sexual sin control fertilidad GI FUR 5 Agosto 1994 FPP 12 Mayo 1995. No DOC.

Sin control prenatal regular.

PA: La paciente inicia el padecimiento motivo de estudio, en Febrero de 1995 cuando cursaba semana 28 de gestación en la que no había presentado problemas , sin embargo durante todo el mes de febrero presenta cuadro caracterizado por dolor abdominal intermitente de predominio en epigastrio transfectivo de intensidad variable , asociado a estado nauseoso y vómito de contenido gastrobiliar así como ictericia de conjuntivas. El cuadro se agudizó el 28 II 95 en la cual el dolor se incrementó subitamente al grado de no permitir la vía oral, se estableció en epigastrio y se irradió a hipocondrio izquierdo y región subescapular , transfectivo que no se modificaba con la posición Acude al servicio de Pediatría en donde se sospecha por clínica

y laboratorio Pancreatitis Aguda, lo cual se corrobora ultrasono-  
gráficamente. Se inicia estudio encontrándose hiperamilasemia  
con depuración de amilasa creatinina mayor de 5 , iniciándose  
manejo con con reposo intestinal , Se detecta gasto muy alto  
por SNG , la paciente presenta además retención de azoados con  
depuación de creatinina que corrobora Dx de insuficiencia renal  
aguda y síndrome anémico. Es manejada con nutrición parenteral  
Somatostatina, ampicilina y ranitidina , así como manejo hidro-  
electrolítico y analgésico y Hemotransfusiones a requerimiento.  
con lo que en un lapso de 23 días desaparece la sintomatología  
pancreática inicia tolerancia la vía oral y los controles ultra-  
sonográficos muestran disminución considerable en el edema  
peripancreático.. Obstéticamente el producto se mantuvo con  
frecuencias cardíacas normales sin actividad uterina , y aprtir  
de marzo es manejada en Perinatología realizándose USG y  
PCFSS a las 33 semanas que revelaron un trazo reactivo con  
patrón ondulatorio angosto y un USG con 32 semanas por fetometría  
con placenta grado III bonilla., y un perfil biofísico con reporte  
de 8/8 . A las 36 semanas el día 10 Abril de 1995 ingresa  
a labor en trabajo de parto activo con 3 cm dilatación y sin  
descenso de la presentación con cifras tensionales normales,  
se decide interrupción de la gestación x vía abdominal, por  
primigesta adolescente , DCP , obteniéndose producto vivo  
mujer de 2275 g apgar 6/8 capurro 33.4 semanas líquido amnióti-  
co meconio +, placenta calcificada que x patología reportó  
calcificaciones infartos y trombosis intervellosas. Su evolución  
postoperatoria fué satisfactoria , sin reactivación del cuadro  
de pancreatitis y sin repercusiones sistémicas con laboratorios  
de control normales.



## caso clínico # 2

Nombre: Ma E. M. S.

filiación: 0679 60 54 64

edad: 33 años

Ocupación el Hogar

Originaria: Guanajuato Residente: Estado de México

AMF: Negados

APNP: Casada, habitación hurbanizada regulares hábitos higiénico dietéticos toxicomanías negadas .

APP: Refiere Hipertensión arterial sistémica crónica desde 1991 posterior a 2do embarazo manejada con alfa metil dopa Niega alérgicos, quirúrgicos.

AGO: M a los 13 años ritmo 30x3 dismenorréica , IVSA a los 20 años l pareja sexual . GIV PIII. parto en 1984 producto vivo sin complicaciones , parto 2do en en 1991 óbito , complicado con preeclampsia de 37 semanas, parto 3ro en 1994 óbito a las36 semanas complicado con preeclampsia. FUR 6 II 95 FPP 13 Nov 1995 . Control prenatal regular desde la cuarta semana manejada con alfa metil dopa y sulfato ferroso por hipertensión arterial sistémica y anemia.

PA; Lo inicia el 4 septiembre de 1995 con cuadro caracterizado con dolor epigástrico de tipo urente y posteriormente cólico irradiado a hipocondrio izquierdo y región lumbar, acompañado de nauseas vómito de contenido gastrobiliar con lo que parcialmente disminuía el dolor, acude a su HGZ en donde por los datos clínicos y hallazgos de cifras tensionales elevadas (140/100) se cataloga como Embarazo de 30 semanas de gestación y Preeclam-

sia sobreagregada, y Pancreatitis aguda, lo que se confirma por detectar hiperamilasemia (720u) y placa simple de abdomen en la que se encuentra asa de intestino fija a mesogastrio y líquido libre en cavidad, con imagen de vidrio despulido.

Es enviada a esta unidad en donde ingresa el 5 IX 95 .

El cuadro clínico sin modificaciones con TA 130/90 polipnéica taquicárdica con dolor abdominal intenso de características ya mencionadas , con detrmínación de amilasa de 710 y control de 393 amilasa urinaria de 8700 en 200cc Hiperglucemia de 600mg Anemia y 10,000 leucocitos , se realiza USG en el que se detecta datos en relación a pancreatitis con tendencia alas colecciones sin alteraciones o litos en la vía biliar.. Solicitándose TAC dinámica en la que se reporta datos en relación a pancreatitis aguda en fase de flegmón pancreático con 20% de necrosis focalizada y colecciones en area corredera parietocólica izquierda.

La paciente presenta datos de insuficiencia respiratoria con sospecha de SIRPA por lo que se da apoyo ventilatorio mecánico y manejo de equilibrio ácido básico hidroelectrolítico antibiótico y reposo intestinal, así como somatostatina , analgésicos y ranitidina. Se decide Interrupción de la gestación por vía abdominal , ya que la pacinte presentaba deterioro progresivo con la apriciónm de Signo de Cullen . Se realiza cesárea el día 06 IX 95 obteniéndose producto masculino de 1325 g appar 4/7 placenta marginal anterior líquido amniótico claro , ascitis de 300 cc verde amarillenta implantes jabonosos en epiplón , y pácreas aumentado de consistencia edematoso. Su evolución postoperatoria inicial es tórpida requiriendo de ventilación mecánica, y anemia,; es enviada a la Terapia intensiva de

Hospital de especialidades , en donde continua con manejo establecido soporte nutricional parenteral con evolución hacia la mejoría egresando 7 días después a cirugía , y posterior a su domicilio.

## caso clínico # 3

Nombre: I. P. A.

Filiación: 29 94 75 38 05 1F 75

Edad: 20 años

Ocupación : el Hogar

Originaria y residente : del Distrito Federal.

AHF: Pade hipertenso . Resto negado.

APNP: Habitación Urbana Servicios básicos hábitos higiénico dietéticos aceptables , toxicomanías negadas grupo y Rh ignorado.

APP: Niega alérgicos y transfusionales . Cx cesárea hace 1 año en 1995 x Gestación de 38 semanas y RPM. Posterior a ello se detectó en esa fecha Esplenomegalia siendo manejada por Cirugía sin medicación y aún sin Dx establecido. Con Internamientos previos por dolor abdominal en hipocondrio izquierdo.

AGO: Menarca a los 14 años ritmo 30x6 dismenorréica no incapacitante IVSA a los 18 años 1 pareja sexual, control de la fertilidad con hormonales inyectables suspendido hace 7 meses. GII

CI Cesárea en Enero de 1995 al octavo mes de gestación por RPM producto de 2600g actualmente vivo. FUR 15 Jul 1995

FPP 22 Abril 1996 DOC nunca.

Control prenatal refiere regular desde el inicio de la gestación aparentemente sin complicaciones en el 1er trimestre. No refiere cuadros dolorosos hasta el padecimiento actual . Obstétricamente fué evaluada en 19 Enero 1996 en su semana 27 de gestación Detectándose x USG embarazo de 24 a 25 semanas Oligohidramnios severo sin RPM, por lo que es enviada 3er nivel a perinatología Continuando con protocolo de estudio por esplenomegalia.

PA: la paciente refiere iniciar el cuadro motivo de envío el 29 I 96 con cuadro caracterizado x dolor en epigastrio de tipo punzitivo con intensidad creciente el cual se irradia a hipocondrio izquierdo y hacia región subescapular , acompañado de estado nauseoso y vómito de contenido gastrobiliar el que no cedió con los cambios de posición motivo por el cual acude asu HIGZ es ingresada con DX de Abdomen agudo no obstétrico con Esplenomegalia en estudio y gestación de 27 semanas con oligohidramnios severo sin actividad uterina y producto vivo Por el cuadro clínico, y hallazgos de laboratorio , leucocitosis Hiperamilasemia de 220u y plasma lipémico se considera cuadro de pancreatitis "tipo triglicéridos " y es enviada a este Hospital. A su Ingreso a UCI se encontró paciente de edad aparente igualala cronológica , con fascies de dolor intenso referido a epigastrio irradiado a hipocondrio izquierdo y región subescapular, sin datos clínicos de insuficiencia respiratoria , sin ictericia sólo detectándose taquicardia . En abdomen utero grávido con fondo uterino de 22 Cm producto vivo con FCF de 140X' sin actividad uterina . A la palpación dolor en epigastrio y en hipocondrio izquierdo a la compresión media y profunda con peristalsis disminuida descompresión positiva sin cambios de coloración en la piel . Al TV cervix cerrado formado posterior sin descargas vaginales sin edema y llenado capilar normal. Se hace Dx de pancreatitis aguda y gestación de 27 semanas con oligohidramnios severo y probable malformación fetal . Se corrobora Dx x USG que reporta datos en relación a pancreatitis edema con algunas calcificaciones y moderada cantidad de líquido peripancreático . Esplenomegalia homogénea . Y Embarazo

de 27 semanas x fetometría DBP 70 y LF 54mm Oligohidramnios severo y ausencia de de siluetas renales fetales.

la TAC de Abdomen del 30 I 96 Refiere datos en relación a pancreatitis edematosa , aproximadamente de 30% con esplenomegalia y escaso líquido libre en corredera perietocólica derecha..

Se inicia manejo en conjunto con Cirugía general a base de reposo intestinal ayuno, succión gástrica , ranitidina , analgésicos narcóticos , antibióticos, y gluconato de calcio. Con mejoría clínica considerable, por lo que a su 4to día de ingreso a UCI es enviada a Piso en donde se continua el manejo, se realizan nuevo USG en el que se sospecha Hipoplasia renal y probable Sx Potter, con disminución comparativa de el edema pancreático. Se inició con vía oral al 6to día de inicio del cuadro tolerando en forma adecuada sin dolor actualmente con evacuaciones normales. SE han tomado laboratoriales que reportan sólo como relevantes hipercolesterolemia e hipertriglicéridemia con últimos valores de colesterol de 248 y triglicéridos de 962. La glucemia se ha mantenido normal y el hematocrito y la hemoglobina con ligero descenso.

Este caso actualmente se encuentra aún en estudio pendiente TAC de control y amilasa y lipasa, así como electroforesis , Una vez que se corrobore la total remisión del cuadro pancreático se interrumpirá la gestación por las condiciones obstétricas y del producto.

Por motivos de logística es incluido este caso sin haberse resuelto el evento obstétrico.

CONCLUSIONES

- Pancreatitis y Embarazo , es una complicación poco frecuente en nuestro medio, sin embargo , la frecuencia encontrada en relación con los reportes en la literatura es mayor.
- En los casos encontrados no se identificó enfermedad litiásica biliar que de acuerdo a los reportes , es la causa más común.
- No existe en nuestra unidad un protocolo de abordaje diagnóstico establecido, para los cuadros dolorosos abdominales no obstétricos, por lo que debe de implementarse en base a la experiencia ya descrita y que debe incluir puntos específicos como es el caso de la sospecha de pancreatitis y que debe estar basado en los siguientes aspectos básicos:
  - \* Cuadro clínico sugestivo
  - \* Laboratorios completos: incluyendo Amilasa Lipasa y relación amilasa creatinina x depuración.
  - \* Establecer criterios de Ranson y APACHE II
  - \* Gabinete completo: USG y TAC dinámica con índice pronóstico
  - \* Clasificación de el cuadro
  - \* Evaluación del bienestar fetal.
  - \* Hacer el Dx diferencial.
- La experiencia que se tiene en el manejo de los cuadros de Pancreatitis y embarazo, es la que se utiliza en las series revisadas y al igual que en ellas la necesidad de manejo multidisciplinario es parte fundamental del éxito.

- Al igual que lo reportado en la Literatura médica , en los caso enconcontrados no se ha visto afección sobre el producto por el cuadro pranereático, esto es no ha inferido en forma importante sobre la conducta obstétrica.
- El soporte con nutrición parenteral Total parece tener una importancia en el hecho de lograr que el curso del embarazo es decir crecimiento, no se vea alterado en forma importante.
- La resolución del embarazo depende en la mayoría de los casos de problema obstétricos, y el manejo médico cuando no existe indicación quirúrgica es efectivo.
- Los trastornos de los lípidos parecen ocupar un luagr primordial en la génesis de pancreatitis y embarazo, por lo que es necesario establecer en estas pacientes estudio completo de lípidos.
- En relación a la Preeclampsia y la epigastralgia , podría hacerse una línea de investigación clínica para determinar qué pasa con el pancreas en estas pacientes ya que el enfoque actual es directamente sobre el hígado únicamente..



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Uribe Misael. TRATADO DE MEDICINA INTERNA, 1ra Edición Volumen I Interamericana. Pág 1291-98
- 2.- Harrison , Petersdorf. PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA, 13ava edición . Volumen II página 2567-70 Interamericana.
- 3.- Way L. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICOS . El manual Moderno 5Ea edición Págs 405-9
- 4.- Corlett R Mishell D. PANCREATITIS IN PREGNANCY Am J Obstet Gynecol 1972 ,Jun; 113(3) 281-90
- 5.- McKay A O'neil J. PANCREATITIS, PREGNANCY AND GALLSTONES. Br J Obstet Gynaecol. 1980 Jan 87(1) 47-50
- 6.- Glueck J. Et al . PANCREATITIS, FAMILIAL HIPERTRIGLYCERIDEMIA AND PREGNANCY. Am J Obstet. Gynaecol March 136(6) 755 61
- 7.- Devore G et al THE AMYLASE/CREATININE CLEARANCE RATIO IN NORMAL PREGNANCY COMPLICATED BY PANCREATITIS , HIPEREMESIS GRAVIDARUM AND TOXEMIA. Am J Obstet Gynaecol March 136(6) 746-54.
- 8.- Ramin KD Et Al ACUTE PANCREATITIS IN PREGNANCY . Am J Obstet Gynaecol 1995 Jul, 173(1) 187-91
- 9.- Swisher SG et al. MANAGEMENT OF PANCREATITIS COMPLICATING PREGNANCY. Am Surg 1994 Oct; 60(10) 759-62
- 10.- Beatie GJ et al. ACUTE PANCREATITIS WITH PSEUDOCYST FORMATION COMPLICATING PREGNANCY IN A PATIENT WITH A CO EXISTENT CHOLEDOCAL CYST. Br J Obstet Gynaecol . 1993 Oct; 100(10) 957-9
- 11.- Sharp H. TRASTORNOS QUIRURGICOS GASTROINTESTINALES Y EMBARAZO Clin Obstet Ginecol Nort américa. 1995 Vol 4 285-87

- 12.- Williams Pritchard. OBSTETRICIA . 3ra Edición .Salvat  
1986 páq 600
- 13.- Benson R Pernel M. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECO OBSTETRI-  
COS .2ta Edición 1989 páqs 417-18.
- 14.-Scott L D GALLSTONES DISEASE AND PANCREATITIS IN PREGNANCY.  
Gastroenterol clin North am. 1992 Dec 21(4) 803-15.
- 15.- Pai PR et al POST PARTUM PANCREATITIS . J. Postgraduate  
Medicine 1993 Apr 10; 265(14) : 1858 -60
- 16.- Swisher SG et al BILIARY DISEASE DURING PREGNANCY. Am J  
Surg 1994 Dec ; 168(6) : 576-81
- 17.- Sanderson SI et al SUCCESFUL HIPERLIPEMIC PREGNANCY. JAMA  
1991 Apr 10;265(14) : 1858-60.
- 18.- Sipahi HM. ACUTE PANCREATITIS ASSOCIATED WITH ECLAMPSIA  
A CASE REPORT. Ital J Gastroenterol 1994 Apr; 26(3) 148-50.
- 19.- Swoboda R et al .EXTRACORPOREAL LIPID ELIMINATION FOR TREAT-  
MENT OF HIPERLIPIDEMIC PANCREATITIS.Gastroenterology 1993;  
May; 104(5) 1527-31
- 20.- Chang TS ULTRASONOGRAPHY IN THE EMERGENCY SETTING. Emerg  
Clin of North am 1992 Feb ; 10 (1) 1-25.
- 21.- Uomo G et al ENDOSCOPIC TREATMENT OF ACUTE BILIARY PANCREA-  
TITIS IN PREGNANCY. J Clin Gastroenterol 1994, apr ; 18(3) 250-
- 22.- Pisters P Et al NUTRITIONAL SUPPORT FOR ACUTE PANCREATITIS  
Surg Gynaecol & obstet 1992 Sept 175: 275 -83
- 23.- Greenspoon JS et al. PARENTERAL NUTRITION DURING PREGNANCY  
The J of Rep Med 1994 Feb; 39(2) 87=91
- 24.- Ordorica SA et Al PANCREATIC ENZIME ACTIVITY IN PREGNANCY.  
The J of Rep Med 1991 May; 36(5) 359-62.