

## PREVALENCIA EN TEMUCO DE PANCREATITIS AGUDA DURANTE EL EMBARAZO ENTRE 2007 Y 2009.

### PREVALENCE IN TEMUCO OF ACUTE PANCREATITIS DURING PREGNANCY BETWEEN 2007 AND 2009.

Paula Lastra Bachmann<sup>1</sup>, Carola San Martín Canales<sup>1</sup>, Cristian González Uribe<sup>1</sup>, Ángel Lobos Núñez<sup>1</sup>, Dra. Roxana Gayoso Neira<sup>2</sup>.

(1) Interno Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.

(2) Departamento de Ciencias Preclínicas, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.

*Correspondencia:*

*No registrada*

*Aprobado:*

*Agosto de 2010*

*Conflictos de interés:*

*El autor declara no tener conflictos de interés.*

*Rev Estud Med Sur 6(2): 9-12.*

*DOI:*

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el número de embarazadas con pancreatitis aguda en Servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco durante septiembre de 2007 y agosto de 2009. **Material y método:** Estudio descriptivo transversal, utilizando registros de egreso del Servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco entre septiembre de 2007 y agosto de 2009, recopilándose edad, edad gestacional, cuadro clínico, valores de amilasa y lipasa, gravedad según APACHE II, días de hospitalización y recidivas. **Resultados:** Se estudiaron 12 egresos, confirmados por amilasemia, con promedio de 1612,8. Ocho pacientes multíparas y cuatro primigestas. Promedio de edad de 23,5 años, 75% menor de 25 años. Edad gestacional promedio de 25,2 semanas. En la totalidad de pacientes se detectó litiasis biliar. **Discusión:** El embarazo es un gran factor de riesgo de pancreatitis aguda, por lo que se deben diseñar medidas profilácticas eficaces en la prevención primaria.

**PALABRAS CLAVE:** Pancreatitis aguda, embarazo.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the number of pregnant women with acute pancreatitis High Risk Obstetrical Service of the Hernán Henríquez Aravena Hospital of Temuco in September 2007 and August 2009. **Material and methods:** Cross-sectional study, using records of discharge from Service High Risk Obstetric Hospital of Temuco Hernán Henríquez Aravena between September 2007 and August 2009, collecting age, gestational age, clinical presentation, serum amylase and lipase, severity by APACHE II score, days of hospitalization and relapse. **Results:** We studied 12 discharges, confirmed by serum amylase, with an average of 1612.8. Eight multiparous and four primiparous pregnant. Average age: 23.5 years, 75% under 25 years. Mean gestational age of 25.2 weeks. In all patients are detected gallstones. **Discussion:** Pregnancy is a major risk factor for acute pancreatitis, so you must design effective preventive measures in primary prevention.

**KEYWORDS:** Acute pancreatitis, pregnancy.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad litiasica vesicular es un problema de alta prevalencia en la población adulta mundial. La población de mujeres chilenas se encuentra entre las de más alto riesgo de desarrollar litiasis vesicular con una prevalencia de alrededor de 50% en mujeres de edad media. Esto contrasta con el 10% a 25% de prevalencia de coleditiasis estimada para poblaciones de origen anglosajón.

La población de mujeres chilenas presenta las más altas tasas de mortalidad ajustada por complicaciones no neoplásicas de litiasis vesicular (colecistitis, colangitis, pancreatitis). Estas tasas son tres a siete veces mayores que las observadas en la población anglo-americana o en las poblaciones de Europa occidental.

Cada año, alrededor de 1% a 2% de los pacientes con litiasis experimentará síntomas o desarrollará complicaciones severas, como en este caso lo es, la pancreatitis.

La relación entre el embarazo y la coleditiasis está establecida gracias a investigaciones realizadas hasta la fecha, las cuales concluyen que durante el embarazo ocurren una serie de alteraciones significativas en el metabolismo de los lípidos biliares y la función de la vesícula biliar. El incremento marcado en los niveles de estrógeno y progesterona durante el embarazo, induce la sobresaturación de la bilis por colesterol; efecto generado principalmente por el estrógeno. Además, la progesterona por sí misma, ejerce una acción relajante sobre el músculo liso vesicular e inhibe la colecistoquinina, que es la principal hormona involucrada en la contractilidad de la vesícula biliar,

favoreciendo la estasis biliar y predisponiendo la formación de los cálculos.

Estudiar las complicaciones de la coleditiasis durante el embarazo, como en este caso lo es la pancreatitis, es importante porque permite adoptar nuevos enfoques terapéuticos para la misma, considerando las dificultades para el tratamiento que se presentan en este periodo.

Por consiguiente, el propósito del presente estudio es determinar el número de embarazadas con egresos de pancreatitis aguda en el servicio de alto riesgo obstétrico en el Hospital Hernán Henríquez Aravena durante septiembre de 2007 a agosto del 2009, definir las características individuales fisiológicas y patológicas de las pacientes con litiasis biliar y evaluar el manejo empleado para el tratamiento de la coleditiasis, así como las posibles repercusiones surgidas por dicho procedimiento en la evolución normal del embarazo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para el presente estudio, se incluyó a todas las embarazadas que al egreso presentaban diagnóstico de pancreatitis aguda, en el servicio de alto riesgo obstétrico del hospital Hernán Henríquez Aravena, en el periodo de tiempo comprendido desde septiembre del 2007 a agosto del 2009.

Durante ese periodo, se presentaron 13 egresos con ese diagnóstico. De ellos se excluye una paciente por no contar con los datos completos a evaluar en la ficha clínica, configurándose un total de 12 casos. Se recopilaron las respectivas fichas clínicas para obtener información sobre su edad, edad gestacional, cuadro

clínico, diagnóstico de ingreso, valores de amilasa/lipasa, gravedad evaluada por APACHE, días de hospitalización y recidivas.

Durante el período de dos años que contempla el estudio (septiembre de 2007 a agosto de 2009), se estudiaron 12 egresos con diagnóstico de Pancreatitis Aguda del Servicio de Alto Riesgo Obstétrico del HHA. En todos los casos, al ingreso, se confirma el diagnóstico de Pancreatitis Aguda mediante medición de amilasemia, con un promedio de 1612,82 (rango de 676 a 3493). En ocho casos se midió además Lipasa plasmática, con un promedio de 1670,7 (rango de 1090 a 3373).

Del total de pacientes, ocho correspondieron a multíparas y cuatro a primigestas, sin presentarse casos en grandes multíparas.

El promedio de edad materna fue de 23,5 años (rango de 16 a 40 años), correspondiendo el 75% de ellas a pacientes de 25 años o menos. Hubo once pacientes menores de 30 años y una de 40 años (Gráfico 1).

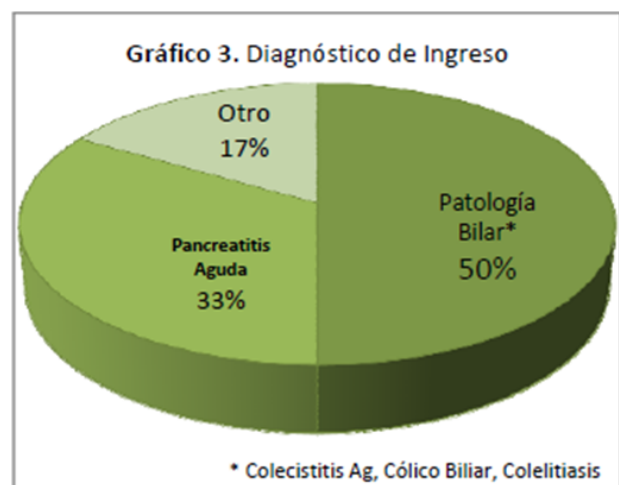
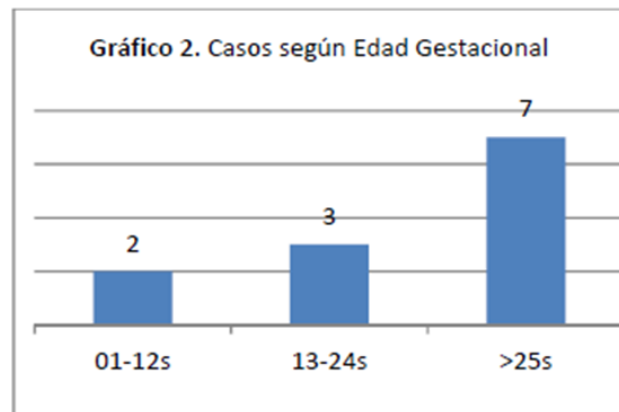
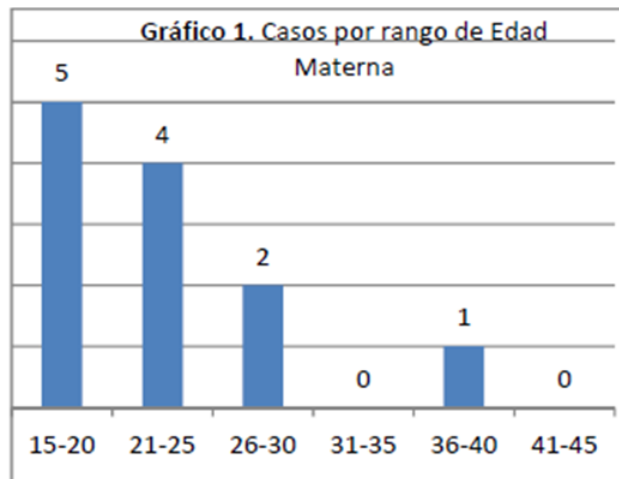
Por su parte, el promedio de edad gestacional al momento del diagnóstico fue de 25,17 semanas (rango 11/1 a 36/3 semanas), presentándose dos casos en el primer trimestre de embarazo, tres casos en el segundo, y siete en el tercero (Gráfico 2).

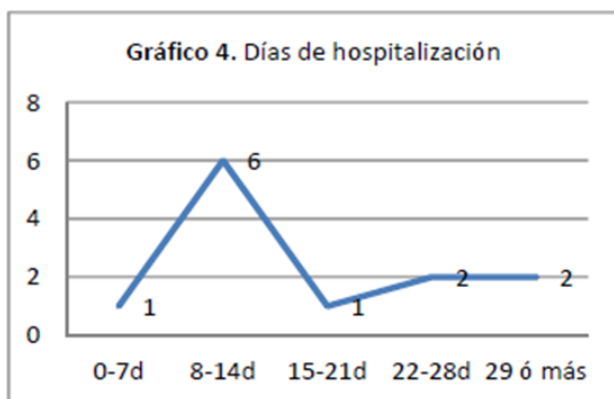
El cuadro clínico en todos los casos se caracterizó por dolor abdominal alto y vómitos. En la totalidad de las pacientes se detectó Litiasis Biliar por Ecotomografía Abdominal. En diez casos Colelitiasis, y en dos Coledocolitiasis. Seis de las doce pacientes referían el antecedente de Litiasis al momento del ingreso.

En cuanto a los diagnósticos de ingreso de las pacientes, en seis casos éste fue relacionado con patología biliar (Colecistitis Aguda, Cólico Biliar, Colelitiasis); sólo en cuatro casos se diagnosticó Pancreatitis Aguda al ingreso. Dos casos tuvieron otro diagnóstico inicial, que correspondieron a Hiperemesis Gravídica y Gastroenteritis Aguda (Gráfico 3).

La gravedad de la pancreatitis fue evaluada mediante el Score APACHE II. El límite en ésta clasificación para Pancreatitis Aguda Grave corresponde a una puntuación de 9 o más. Con dicho instrumento se objetivaron un total de diez pancreatitis leves (83,3%), y dos casos de pancreatitis graves (16,67%). Esto tuvo una estrecha relación con el número de días de hospitalización, el nivel de manejo y el pronóstico fetal, ya que ambas pancreatitis graves fueron las únicas con

más de 30 días de hospitalización (Gráfico 4), las únicas con manejo en UTI/UCl y antibióticos, y una de ellas acabó en Muerte Fetal In Utero, con legrado a las 21/2 semanas, tres días posteriores al diagnóstico.





En cuanto a las recidivas, se produjeron en dos casos. La primera tuvo su primer ingreso a las 30/2 semanas, completando 10 días en dos hospitalizaciones por pancreatitis.

La otra, una paciente de 16 años con antecedente de pancreatitis a repetición, seis en total, dos de ellas durante el embarazo, completo 15 días de hospitalización. Las múltiples recidivas en esta paciente estarían determinadas por una malformación pancreática (estrechez del Wirsung).

## DISCUSIÓN

Se han descrito diversos factores predisponentes para la aparición de cálculos en la vesícula biliar, entre ellas podemos citar el sexo femenino, la edad, la obesidad, entre otros. Sin embargo, últimamente se ha dado mucha importancia al embarazo como uno de los mayores factores de riesgo para el desarrollo de la coleditiasis, por su notable efecto sobre la composición de la bilis y su afección sobre la motilidad de la vesícula biliar.

En base a esto, nuestro estudio arrojó que la causa todas las pancreatitis agudas, fue la presencia de litiasis vesicular detectada por ecotomografía abdominal.

La edad promedio de las mujeres embarazadas con pancreatitis en nuestro estudio es de 23,5 años, la cual es inferior a lo reportado en la literatura.

De la totalidad de pacientes, 8 correspondieron a múltiparas y 4 a primigestas, lo cual nos hace destacar la relación entre litiasis en mujeres chilenas en edad fértil y número de embarazos, destacando que este fenómeno depende más del número de partos que de la edad misma de la mujer.

En relación al periodo del embarazo, debemos destacar que los últimos dos trimestres son los periodos más

frecuentes de presentación de pancreatitis aguda, lo que fisiológicamente puede estar dado por el hecho de que en el segundo y tercer trimestre los volúmenes basal y residual de la vesícula son significativamente mayores en relación al primer trimestre.

Dolor abdominal de tipo cólico, localizado en hipocondrio derecho o en epigastrio y asociado a náuseas o vómitos, fueron los síntomas más frecuentes encontrados en las pacientes, coincidiendo con la sintomatología clásica descrita en la literatura.

La gravedad de la pancreatitis fue evaluada mediante el Score APACHE II, y mediante ese instrumento se objetivaron un total de 10 pancreatitis leves (83,3%) y dos casos de pancreatitis graves (16,67%). En base a esto podemos decir que hubo una estrecha relación entre la gravedad objetivada y el manejo, ya que las pancreatitis consideradas leves por APACHE II se manejaron de forma conservadora, con administración de analgésicos, líquidos intravenosos, suspensión de alimentos por vía oral y antiespasmódicos.

Las pancreatitis consideradas graves fueron las únicas con más de 30 días de hospitalización, las únicas con manejo UTI/UCI y antibióticos, y una de ellas acabó con muerte fetal in útero.

En resumen, concluimos que la mayoría de las coleditiasis en mujeres embarazadas no producen sintomatología alguna, pero sin embargo cada año un porcentaje de pacientes con litiasis experimentará síntomas o desarrollará complicaciones severas, como en este caso lo es, la pancreatitis aguda, la cual es causa de morbi-mortalidad tanto para la madre como para el feto y por lo mismo es importante diseñar medidas profilácticas eficaces en la prevención primaria en la población general.-

## REFERENCIAS

1. Barthel JS, Chowdhury T, Miedema BW. Endoscopic sphincterotomy for the treatment of gallstone pancreatitis during pregnancy. *Surg Endosc* 1998; 12 (5): 394-399
2. Badja N, Troche G, Zazzo JF, Benhamou D. Acute pancreatitis and preeclampsia-eclampsia: a case report. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176(3): 707-709.
3. Ramin KD, Ramin SM, Richey SD, Cunningham FG. Acute pancreatitis in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173(1): 187- 191.
4. Scott LD. Gallstone disease and pancreatitis in pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 1992; 21(4): 803-815.
5. 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 (4): 425-8.
6. Beattie GJ, Keay S, Muir BB, Boddy K. Acute pancreatitis with pseudocyst formation complicating pregnancy in a patient with a co- existent choledochal cyst. *Br J Obstet Gynaecol* 1993; 100 (10): 957-9.
7. De Chalain TM, Michell WL, Berger GM. Hyperlipidemia, pregnancy and pancreatitis. *Surg Gynecol Obstet* 1988; 167(6): 469- 73.
8. Hasselgren PO. Acute pancreatitis in pregnancy. Report of two cases. *Acta Gynecol Obstet* 1989; 168(5): 426-8.
9. Block P, Kelly TR. Management of gallstone pancreatitis during pregnancy and the postpartum period. *Surg Gynecol Obstet* 1982; 60(5): 653-657
10. Young KR. Acute pancreatitis in pregnancy: two cases reports. *Obstet Gynecol* 1982; 60(5): 653-657