

PANCREATITIS ENFISEMATOSA

EMPHYSEMATOUS PANCREATITIS

A. Martín-Lagos Maldonado

Complejo Hospitalario de Granada. Granada.

Resumen

La pancreatitis enfisematosa supone una variante potencialmente fatal de una pancreatitis aguda (PA) severa definida por la presencia de gas en la celda pancreática. Existen casos aislados descritos en la bibliografía. La sospecha radiológica es fundamental para una estadificación precoz y adecuada de la gravedad del paciente.

Palabras clave: pancreatitis enfisematosa, pancreatitis grave, pancreatitis necrótica.

Abstract

Emphysematous pancreatitis is a potentially fatal variant of severe acute pancreatitis (AP) defined by the presence of gas in the pancreatic cell. There are isolated cases described in the literature. Radiological suspicion is essential for early and adequate staging of patient severity.

Keywords: emphysematous pancreatitis, severe pancreatitis, necrotic pancreatitis.

Descripción del caso

Mujer de 70 años obesa e hipertensa, ingresa por episodio de dolor abdominal generalizado, acompañado de vómitos biliosos de 24 horas de evolución. Niega el consumo de tóxicos. A su llegada a Urgencias presenta un estado general deteriorado, aunque con las constantes mantenidas (TA 110/58 mmHg, FC 60 lpm, afebril, saturación oxígeno 94%). El abdomen es globuloso, doloroso y con defensa de forma generalizada. Los análisis de sangre iniciales muestran: amilasa 1627 U/L, alaninoaminotransferasa (ALT) 308 U/L, aspartatoaminotransferasa (AST) 100 U/L, proteína C reactiva (PCR) 5,9 mg/L; acidosis metabólica (ph 7,28, ácido láctico 3,9 mmol/L). Con la sospecha diagnóstica de una PA se solicita una tomografía abdominal (TC) abdominal urgente que informa de la presencia de líquido libre perihepático en moderada cantidad; vesícula de paredes finas con litiasis en su interior; necrosis de >50% de la glándula pancreática, observando captación de contraste únicamente del proceso uncinado y porción distal de la cola y presencia de gas en el saco menor, todo compatible con PA enfisematosa grado E de Balthazar, índice de gravedad de 10 (**Figura 1**). La paciente es trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) iniciándose tratamiento con antibioterapia de amplio espectro y fluidoterapia intensa, falleciendo doce horas después.

CORRESPONDENCIA

Alicia Martín-Lagos Maldonado
Complejo Hospitalario de Granada. Granada.
aliciamartin-lagos@hotmail.com

Fecha de envío: 22/09/2017
Fecha de aceptación: 01/04/2018

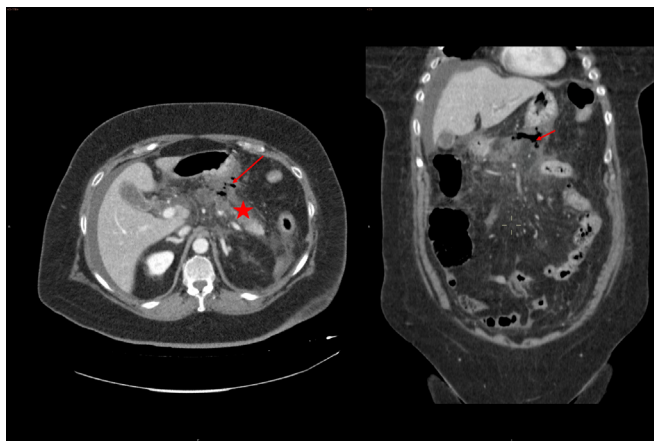


Figura 1

Tomografía axial computarizada (TAC) abdominal. Tomografía axial computarizada abdominal. A. Corte axial. Presencia de líquido libre perihepático en moderada cantidad; vesícula de paredes finas con litiasis en su interior; necrosis de >50% de la glándula pancreática, observando captación únicamente del proceso uncinado y porción distal de la cola (estrella); presencia de gas en saco menor (flecha), compatible con PA enfisematosa grado E de Balthazar. B. Corte coronal. Presencia de aire libre en espacio retroperitoneal (flecha).

Comentario

La pancreatitis enfisematosa es una complicación muy grave de la PA necrótica. Se define por la presencia de gas en el parénquima pancreático o peripancreático en el seno de una pancreatitis aguda necrotizante, e indica la existencia de una infección bacteriana^{1,2}. Supone una condición muy infrecuente y amenazante para la vía del paciente, cuya mortalidad y morbilidad se aproximan al 40% y 100% respectivamente³. Aunque la presencia de gas en el páncreas se relaciona principalmente con la infección por microorganismos formadores de gas, principalmente el *Escherichia coli*, también puede estar asociada al desarrollo de una fístula enteropancreática, por ejemplo, tras la instrumentación endoscópica o esfinterotomía³.

El contexto clínico es fundamental para orientar adecuadamente el diagnóstico. Los organismos formadores de gas del intestino pueden pasar al páncreas típicamente por diseminación hematogena o linfática, o bien directamente por reflujo de la ampolla de Vater o paso transmural desde el colon transversal adyacente. El diagnóstico de la pancreatitis enfisematosa es radiológico, basado en la demostración de la presencia de gas en el retroperitoneo en un paciente con evidencia clínica de pancreatitis. La TC constituye el método más sensible y específico para ello. Aunque la identificación de burbujas de gas aisladas no es específica de un proceso infeccioso, y por tanto de una pancreatitis enfisematosa, su presencia en un área de necrosis pancreática en la TC es considerado un indicador positivo de la presencia de microorganismos formadores de gas^{4,5}.

El pronóstico de esta entidad es fatal y la detección radiológica temprana puede influir en la supervivencia. Aunque tradicionalmente se consideraba obligado el tratamiento quirúrgico inmediato, la mortalidad asociada al mismo ha llevado a adoptar una selección más cuidadosa e individualizada del paciente, de manera que algunos casos se manejan de forma más conservadora. En pacientes estables se puede plantear la instauración de medidas de resucitación de líquidos, el tratamiento antimicrobiano precoz para prevenir y controlar el shock, y/o el drenaje y desbridamiento percutáneo del tejido necrótico².

Los clínicos debemos considerar el diagnóstico de una pancreatitis enfisematosa en pacientes con una pancreatitis aguda grave incluso en las primeras horas de evolución.

Bibliografía

1. Bazan HA, Kim U. Images in clinical medicine. Emphysematous pancreatitis. N Engl J Med 2003;349(26): e25
2. Porter NA, Lapsia SK. Emphysematous pancreatitis: A severe complication of acute pancreatitis. QJM 2011;104 (10):897
3. Kvinlaug K, Kriegler S, Moser M. Emphysematous pancreatitis: A less aggressive form of infected pancreatic necrosis?. Pancreas 2009;38 (6):667-671
4. Balani A, Dey AK, Sarjare S, Chatur C. Emphysematous pancreatitis: Classic findings. BMJ Case Rep 2016, doi:10.1136/bcr-2016-217445
5. McCloskey M, Low VH: Ct of pancreatic gas gangrene. Australas Radiol 1996;40:75-76
6. Wig JD, Kochhar R, Bharathy KG, Kudari AK, Doley RP, Yadav TD, et al. Emphysematous pancreatitis. Radiological curiosity or a cause for concern? JOP 2008;9:160-166.