

CARTA CIENTÍFICA

Pancreatitis enfisematosa: evolución y manejo



Emphysematous pancreatitis: Clinical course and management

La pancreatitis aguda (PA) constituye uno de los motivos de ingreso más frecuentes en los servicios de aparato digestivo y su espectro de gravedad es heterogéneo. La mayoría de los pacientes presentan un curso leve de la enfermedad; sin embargo, hasta un tercio de ellos pueden desarrollar complicaciones locales o fallo orgánico¹.

Se presenta el caso de un varón de 61 años con antecedentes médicos de cardiopatía isquémica, hipertensión arterial y obesidad. Asimismo, el paciente presentaba un consumo de alcohol de riesgo. Acudió al Servicio de Urgencias por dolor epigástrico irradiado hacia ambos hipocostrios de 24 h de evolución y vómitos. Negaba fiebre u otra sintomatología. A la exploración física, el paciente presentaba taquicardia y taquipnea y destacaba un abdomen distendido, doloroso en epigastrio, pero sin signos de irritación peritoneal. La analítica sanguínea al ingreso mostraba una creatinina de 1,6 mg/dl, amilasa de 1.300 U/L, hematocrito de 53% y leucocitosis de $19.000 \times 10^9/L$ (con 92% de neutrófilos). En la ecografía abdominal no se objetivó colelitiasis ni dilatación de la vía biliar. El paciente ingresó en planta de hospitalización con diagnóstico de pancreatitis aguda con predictores de gravedad (fig. 1).

Se inició tratamiento con fluidoterapia y analgesia, pero en las siguientes 8 h el paciente evolucionó de forma desfavorable al desarrollar hipotensión, oliguria e insuficiencia respiratoria. En la tomografía computarizada abdominal se evidenció una importante destrucción de cuerpo y cola pancreáticas con extensa infiltración aérea del parénquima pancreático y neumoperitoneo, compatible con pancreatitis enfisematosa.

Ante el empeoramiento clínico, el paciente ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde se inició tratamiento con fármacos vasoactivos y antibioterapia de amplio espectro con meropenem. A pesar de ello, la evolución no fue favorable y el paciente precisó terapia de reemplazo renal y ventilación mecánica invasiva, por lo que, a las 36 h del inicio del cuadro, se le intervino quirúrgicamente de urgencia: laparotomía con lavado y aspirado de la cavidad abdominal y colocación de 2 drenajes abdominales. En las muestras obtenidas de líquido peritoneal se objetivó crecimiento de

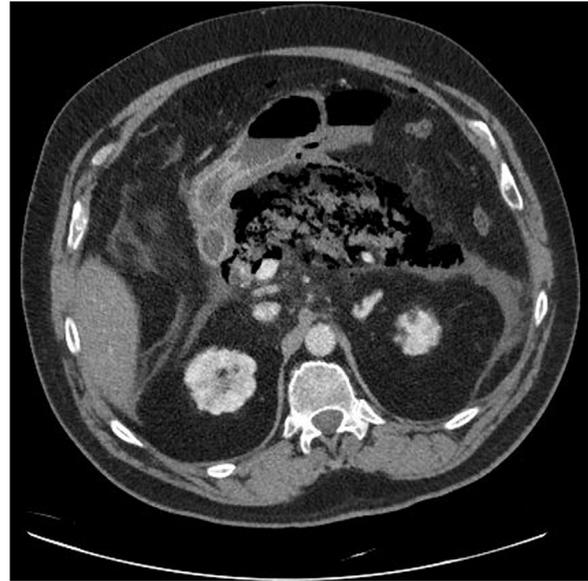


Figura 1 TC abdominal: corte transversal en el cuerpo pancreático sugestivo de pancreatitis enfisematosa. Se objetiva importante infiltración de gas en parénquima pancreático, con destrucción de cuerpo y cola pancreáticas.

Clostridium perfringens y *Haemophilus parainfluenzae* y se inició antibioterapia dirigida. A pesar de ello, en los días posteriores el paciente presentó fiebre y persistencia del fallo multiorgánico, por lo que fue reintervenido con desbridamiento y lavado de la cavidad abdominal. A los 18 días se produjo anemia franca e inestabilidad hemodinámica con débitos hemorrágicos por los drenajes. Se le reintervino y se halló un gran coágulo en lecho pancreático y sangrado en sábana. Se instauró tratamiento hemostático, sin éxito, y evolucionó a estado de shock hemorrágico. Finalmente, el paciente falleció a los 19 días de inicio de los síntomas.

La enfisematosa es un subtipo de pancreatitis aguda necrosante infectada poco frecuente caracterizada por la presencia de gas tanto en el parénquima pancreático como en el retroperitoneo². Presenta altas tasas de mortalidad, que oscilan entre el 30 y el 50%³, generalmente en el contexto de sepsis con fallo multiorgánico. La etiología más frecuente de la pancreatitis aguda enfisematosa es la alcohólica, seguida de la litiasis biliar⁴. Los gérmenes que con más frecuencia se aíslan son gramnegativos y anaerobios, de

los cuales *Escherichia coli* es el predominante⁵. La prueba de imagen de elección para su diagnóstico es la TC abdominal.

Dada su baja frecuencia, no hay una evidencia clara en la literatura sobre cuál es el mejor manejo terapéutico de la pancreatitis aguda enfisematosa⁴. Se requiere un tratamiento individualizado, dinámico y multidisciplinar³. En general, se siguen las directrices del manejo de la pancreatitis aguda necrosante infectada, que se basa, en primer lugar, en la instauración de tratamiento antibiótico de amplio espectro y, si no hay mejoría, en un drenaje percutáneo o endoscópico diferido, reservándose el desbridamiento quirúrgico de la necrosis para cuando las medidas menos invasivas han fracasado². Sin embargo, muchos de los pacientes con pancreatitis aguda enfisematosa evolucionan rápidamente hacia una situación de *shock séptico* y fallo orgánico, lo que obliga a una implementación más invasiva y precoz del esquema escalonado de tratamiento de la variedad necrosante infectada.

Se requieren más estudios para una mejor caracterización de la pancreatitis aguda enfisematosa y para establecer el lugar que ocupan las diferentes técnicas de tratamiento de esta rara pero grave y potencialmente mortal entidad.

Financiación

No se ha recibido financiación ni becas para la realización del trabajo.

Bibliografía

- García-Rayado G, Cárdenas-Jaén K, de-Madaria E. Towards evidence-based and personalised care of acute pancreatitis. *United Eur Gastroenterol J.* 2020;8:403–9, <http://dx.doi.org/10.1177/2050640620903225>.
- Martínez D, Belmonte MT, Košny P, Ghitulescu MA, Florencio I, Aparicio J. Emphysematous pancreatitis: A rare complication. *Eur J Case Rep Intern Med.* 2018;5:000955, <http://dx.doi.org/10.12890/2018.000955>.
- Velasco Guardado A, Prieto Vicente V, Fernández Pordomingo A, Tejedor Cerdeña M, Alvarez Delgado A, Sánchez Garrido A, et al. Pancreatitis enfisematosa. ¿Tratamiento conservador o quirúrgico? *Gastroenterol Hepatol.* 2009;32:605–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.06.002>. Spanish.
- Bul V, Yazici C, Staudacher JJ, Jung B, Boulay BR. Multiorgan failure predicts mortality in emphysematous pancreatitis: A case report and systematic analysis of the literature. *Pancreas.* 2017;46:825–30, <http://dx.doi.org/10.1097/MPA.0000000000000834>.
- Bhattacharjee U, Saroch A, Pannu AK, Wadhwa S. Emphysematous pancreatitis. *QJM.* 2020;113:127–8, <http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcz123>.

Cristina Boraol Laguna^{a,*},
Samuel Jesús Martínez Domínguez^a, Nuria Saura Blasco^a,
María Hernández Ainsa^a, Sandra García Mateo^a,
Raúl Velamazán Sandalinas^a, Gonzalo Hijos Mallada^a,
Daniel Abad Baroja^b, Enrique Alfaro Almajano^a,
Pablo Cañamares Orbis^c y Guillermo García Rayado^a

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^b Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^c Servicio de Aparato Digestivo, Hospital San Jorge, Huesca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: crisboraolaguna@gmail.com
(C. Boraol Laguna).