Descargado el: 26-11-2026 ISSN 1727-897X

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente con pancreatitis aguda edematosa complicada
Patient with a Cute Edematous Pancreatitis

Angelina Mourlot Ruíz[1] Dayamí Lescay Balanquet[1] Asnalia García Cisnero[1] Gipsy Martínez Arzola[1]

[1] Hospital Militar de Ejército Dr. Joaquín Castillo Duany, Santiago de Cuba, Cuba

Cómo citar este artículo:
Ruíz A, Balanquet D, Cisnero A, Arzola G. Paciente con pancreatitis aguda edematosa complicada. **Medisur** [revista en Internet]. 2026 [citado 2026 Nov 26]; 24(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/53202

Resumen

La pancreatitis aguda es una enfermedad inflamatoria que, además del páncreas, compromete tejidos vecinos y a distancia. Su presentación clínica es muy variable y en algunos casos tiene una morbilidad y mortalidad importantes, requiere de un diagnóstico precoz y un manejo oportuno para evitar complicaciones y la muerte. Se describe un caso de pancreatitis aguda edematosa complicada de un paciente de 54 años, mestizo, trabajador de oficina que presentó dolor en epigastrio, seguido de 4 vómitos de contenido alimentario. Se diagnosticó pancreatitis aguda. Manifestó evolución clínica poco favorable con aumento y variabilidad del dolor. Se operó de urgencia mediante laparotomía exploradora, se constató pancreatitis aguda edematosa. Presentó una evolución clínica favorable. El diagnóstico adecuado y el tratamiento óptimo y oportuno de la pancreatitis aguda edematosa complicada dependen del manejo multidisciplinario e individualizado, favorecen un adecuado desenlace clínico y se asocian con menor desarrollo de complicaciones morbilidad y mortalidad.

Palabras clave: pancreatitis aguda edematosa, laparotomía, páncreas

Abstract

Acute pancreatitis is an inflammatory disease that, in addition to the pancreas, affects neighboring and distant tissues. Its clinical presentation is highly variable, and in some cases, it has significant morbidity and mortality, requiring early diagnosis and timely management to avoid complications and death. We describe a case of complicated edematous acute pancreatitis in a 54-year-old male office worker of mixed race. He presented with epigastric pain followed by four episodes of vomiting of food contents. A diagnosis of acute pancreatitis was made. He experienced an unfavorable clinical course with increasing and fluctuating pain. He underwent emergency surgery via exploratory laparotomy, which confirmed edematous acute pancreatitis. He had a favorable clinical course. Accurate diagnosis and optimal, timely treatment of complicated edematous acute pancreatitis depend on multidisciplinary and individualized management, promote a favorable clinical outcome, and are associated with lower rates of complications, morbidity, and mortality.

Key words: pancreatitis, laparotomy, pancreas

Aprobado: 2026-01-12 10:29:58

Correspondencia: Angelina Mourlot Ruíz. Hospital Militar de Ejército Dr. Joaquín Castillo Duany. Santiago de Cuba. Cuba. angelina.m@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad inflamatoria que además del páncreas compromete tejido vecinos y a distancia. Su presentación clínica es muy variable y en algunos casos tiene una morbimortalidad importante, requiere de un diagnostico precoz y un manejo oportuno para evitar complicaciones y muerte.[1].

En los Estados Unidos es la causa número 21 de ingreso hospitalario y la principal causa de ingreso por motivo gastrointestinales (13 a 45 casos por 100 000 habitantes) [2]. Cada año ocurren en ese país más de 250 mil casos y cerca de 3 mil fatalidades, con costos de hospitalización que superan los 2,5 billones de dólares.[3]

Su mayor incidencia esta entre los 40 y 60 años, en Cuba ocupa el puesto 25, sin embargo, se ubica entre las afecciones quirúrgicas de mayor gravedad e ingreso en la unidad de cuidados intensivos.[4] Estepa –Ramos y otros determinaron que entre 2018 y 2020 se reportaron en Cienfuegos 98 casos PA.[5]

Las alteraciones patológicas del páncreas pueden evolucionar desde un edema a hemorragia y necrosis, la gravedad de los síntomas y la tasa de mortalidad aumenta dependiendo de su evolución.[6]

Un gran paso de avance en la disminución significativa de la mortalidad quirúrgica de las formas necro hemorrágicas de pancreatitis, significó la introducción de la reanimación hipervolemica y el soporte con drogas vaso activa por *Moore, Tom Shires*, and *Shoemaker* and *Walker*. Estos investigadores además de optimizar dramáticamente los cuidados posoperatorios de los pacientes quirúrgicos, demostraron y sentaron las bases del soporte hemodinámico y el tratamiento de la PAS, conservador actual en el entorno de los cuidados intensivos.[7]

Las drogas vasoactivas en el contexto de la PA tienen efectos importantes como mejorar y disminuir la perfusión sanguínea del páncreas y otros órganos debido a la inflamación y el aumento de la permeabilidad vascular.

El uso de antibióticos de amplio espectro retrasa cualquier tipo de intervención, hasta la cuarta semana, esto permite que la necrosis se encapsule, se forme una pared alrededor de la misma, se reblandezca y se demarque un límite entre el tejido sano y necrótico.[8]

El primer intento predictivo en la PAS fue introducido por *Ranson* en 1974, el cual describe y operacionaliza una combinación de observaciones clínicas y pruebas de laboratorios que guardan estrecha correlación con el curso clínico severo de esta entidad.[9] *Hans Beger* fue el primero en realizar la remoción programada de la necrosis pancreática, esta intervención era llevada a cabo tempranamente en el curso de la PAS y necesariamente involucraba a pacientes con pancreatitis estéril. Más que resección, ellos practicaron el desbridamiento de las áreas necróticas en las formas necro hemorrágicas de las PAS.[10]

El objetivo de esta presentación es describir un caso de pancreatitis aguda edematosa complicada

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 54 años, mestizo, masculino con antecedente de hipertensión, trabajador de oficina. Acude al Hospital Militar Dr. Joaquín Castillo Duany por presentar dolor en epigastrio seguido de 4 vómitos de contenido alimentario después de haber almorzado carne de cerdo, frijoles, carne de pollo y plátano maduro. Se constató al examen físico mucosa hipo coloreado y ligeramente seco, sistema respiratorio y nervioso sin alteraciones. Sistema cardiovascular ruidos cardiacos rítmicos y taquicardias, tensión arterial de 180/120 mmhg.

Abdomen excavado doloroso a la palpación superficial y profunda en todos los cuadrantes, los exámenes complementarios arrojaron los siguientes resultados: Gasometría arterial pH 7.46 PCO2 24 mmhg PO2 57mmhg SBE 5,9 mmol/L, arrojando una alcalosis respiratoria parcialmente compensada. Ionograma Na 133mmol/L K 3,6 mmol/L hiponatremia ligera. Glicemia 6.3mmol/L Amilasa Pancreática 72 L/L normal. Hb 134g/l Hto 0,77Leuco 12. El dolor es intenso, se irradia a todo el abdomen, pecho y espalda constante, a partir de los datos obtenidos en el interrogatorio, examen físico y complementarios se decide su ingreso y tratamiento quirúrgico.

Paciente que es intervenido quirúrgicamente de una pancreatitis necro hemorrágica, es valorado por el intensivista, el mismo

encuentra paciente consciente, despierto , polipneico y taquicárdico, presentando un distress respiratorio y se trata con oxigeno suplementario y ventilación mecánica no invasiva (VMNI) con mascarilla en intervalo, luego presento un derrame pleural izquierdo que se drena por toracosentesis, con una estadía en la Unidad Terapia Intensiva (UTI) de 9 días, se traslada a la sala de Cirugía de Hombre el 27/4/23 con evolución favorable hasta el 30/4/23 , donde comenzó con hipertermia de 38^0 C, fue valorado nuevamente por el intensivista donde comenta que presenta mucosa hipo coloreada y secas con taquicardia de 117 latidos por minutos y una Hb 39g/l, Hto 0,3 g/l diagnosticando un sangramiento digestivo alto con una anemia severa y deshidratación moderada además de hiperglucemia al parecer por el daño pancreático que presenta, agrega al tratamiento omeprazol en bolo y luego en infusión continua. Luego a los nueve días de operado realiza dehiscencia total del 1/3 superior de la herida quirúrgica observándose salida del drenaje intraabdominal moderado, con hipertermia de 38^0C, se traslada al salón de operaciones donde se le realizo necrostomia parcial por necrosis pancreática extensa e infiltrada (por proceso de abscedacion). (Fig. 1).



Fig. 1. Necrostomia parcial de la cabeza del páncreas

Al día siguiente vuelve de nuevo al salón de operaciones para realizarle necrectomía de parte importante de cabeza y cuerpo del páncreas que se encontraba necrótico (con esfacelo, fibrina, no sangraba y estaba fétido), se le realizó lavado amplio (toilette) se dejan 2 drenajes derecho transcavidad y parietocólico, 2 izquierdo transcavidad y fondo de saco. (Fig. 2).



Fig. 2. Parte importante de la cabeza y cuerpo del páncreas

Estuvo 15 días de estadía en sala con una evolución favorable, pero realiza nuevamente colección intra abdominal es llevado nuevamente al SOP donde se encuentra pus y fragmento de tejido necrótico de color oscuro, se traslada a la sala de UTI con el diagnóstico de deshidratación ligera y absceso peri pancreático con tratamiento de una peritonoclisis y antibiótico en la herida, se traslada a la sala de CH luego de 14 días de estadía en terapia con evolución favorable. Después de 8 días en sala comienza con pico febril de 38,4^{0}C a 39^{0}C, encontrándose polipneico se le realiza U/S y se encuentra derrame pleural de aproximadamente 1000 cc en base pulmonar izquierda realizándole una pleurosentesis y se extrae 1500 cc de líquido seroso, la hipertermia se mantuvo durante 6 días en horas de la tarde, luego comenzó con evolución favorable, aún con presencia de una fistula pancreática , se le realizo fistulografía negativa y el RX evolutivo muestra disminución considerable del derrame pleural.

Ética y consentimiento

El paciente firmo el consentimiento informado, que autoriza a publicar el caso, sin incluir elementos de identidad personal.

COMENTARIO

La PA es una enfermedad de evolución impredecible que va desde estados asintomáticos hasta casos mortales, evoluciona como pancreatitis intersticial edematosa y enfermedad autolimitada en aproximadamente un70 -80 % de los casos y solo un 20-30 % de los casos toma un curso severo.[12]

La necrosis pancreática se presenta entre 10 y 20 % de los pacientes con pancreatitis, tiene una mortalidad de 10 a 25 % y se agrega infección a la necrosis entre 40 y 70 %.Inicia en las primeras 24-48 horas, la necrosis es secundaria a la activación de las enzimas pancreáticas dentro de los acinos pancreáticos, lo que provoca muerte celular y trombosis de la microvasculatura,lo anterior lo ocasiona la activación de forma local de citosinas y células proinflamatorias,dichas citosinas cruzan la circulación sistémica causando respuestas inflamatoria sistémica, insuficiencia respiratoria y falla múltiple de órgano en las primeras dos semanas de la enfermedad.[13]

Los factores más importantes para el desarrollo de las complicaciones de la PA como la PA necrotizante en su forma grave que es causada por cálculos biliares y alcoholismo, los factores metabólicos, traumas y procedimientos médicos. En los hallazgos encontrado en la tomografía computarizada con contraste (TC), La glándula pancreática suele mostrar focal o difuso y un realce generalmente homogéneo o en ocasiones heterogéneo debido al edema, en la literatura y la relación que existe entre el presente caso y el presentado por *Jaime Schwaner* [14]

El diagnóstico adecuado y el tratamiento óptimo y oportuno de la pancreatitis aguda edematosa complicada se deben al manejo multidisciplinario e individualizado para cada paciente y el abordaje debe determinarse por el grado de infección, la respuesta inflamatoria del paciente y la extensión de la necrosis, favorecen un adecuado desenlace clínico y se asocian con menor desarrollo de complicaciones morbilidad y mortalidad

Conflictos de intereses

Los autores no declaran conflictos de interés relacionados con la presente investigación

Información financiera

Los autores declaran que no existió financiación para realizar este artículo.

Disponibilidad de datos

Los datos referentes a esta presentación de caso están recogidos en la historia clínica de la paciente en el archivo del Hospital Militar “Dr. Joaquín Castillo Duany”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Balthazar E. Acute pancreatitis: assessment of severity with clinical and CT evaluation. Radiology. 2002; 223:603-13. [acceso: 17/06/2024]. Disponible en: https://pubs.rsna.org/doi/abs/10.1148/radiol.2233010680

2-Garber A, Frakes C, Arora Z, Chahal P. Mechanisms and management of acute pancreatitis. Gastroenterol Res Pract. 2018; 2018:6218798. doi:10.1155/2018/6218798.

3-Peery A, Dellon E, Lund J. Burden of gastrointestinal disease in the United States:

2012 update. Gastroenterology. 2012; 143:1179-87. doi: 10.1053/j.gastro.2012.08.002.

4-MINSAP. Anuario Estadístico de Salud, 2020. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2021 [acceso: 17/06/2024]. Disponible en: https://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/08/Anuario-Estadistico-Español-2020-Definitivo.pdf

5- Estepa Ramos JL, Santana Pedraza T, Estepa Pérez JL, Acea Paredes Y, Pérez García R. Caracterización clínico- quirúrgica de pacientes con pancreatitis aguda. Cienfuegos, 2018-2020. MediSur [Internet]. 2021[acceso: 17/06/2024];19(2):245-259. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180068639008

6- Gutiérrez Navarro R, Sanabria Cordero GA. Actualización en el diagnóstico y manejo de la pancreatitis aguda. Cienc Salud (Costa Rica) [Internet]. 2020 [acceso: 17/06/2024];4(5):51-62. Disponible en: https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/207/290

7 Parga-Bermúdez JE, Gómez-Zuleta MA. Pancreatitis del surco (groove) que imita cáncer de páncreas: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. 2021 [acceso: 17/06/2024];36(1):19-25. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337766919004

8- van Dijk SM, Hallensleben ND, van Santvoort HC, et al. Acute pancreatitis: recent advances through randomized trials. Gut. 2017; 66:2024-32. doi.org/10.1136/gutjnl-2016-313595.

9-Pilatasig Loma DM. Rol del personal de enfermería en la atención a pacientes con pancreatitis aguda en el servicio de emergencia del Hospital General Ambato IESS [tesis]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de Los Andes; 2023 [acceso: 17/06/2024]. Disponible en: https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/16392/1/UA-ENF-PDI-009-2023.pdf

10- Zeta Ch, Reaño G, de Vinatea J. Pancreatitis crónica calcificante: abordaje quirúrgico mediante técnica de Partington Rochelle laparoscópico. An Fac Med [Internet]. 2021 [acceso: 17/06/2024];82(1):79-84. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v82n1/1025-5583-afm-82-01-00079.pdf

11- Echeverría F, Martínez B, López F. Criterios pronósticos de pancreatitis aguda. Importancia de la valoración de la necrosis pancreática mediante TC con contraste intravenoso. Radiología. 1997;39(10):685-91.

12- Navas MA, Cercado GK, Pin JE, Bermello DA, Pico AC, Moreira CJ. Pancreatitis aguda y óptimas medidas del soporte nutricional. QhaliKay [Internet]. 2023 [acceso: 17/06/2024];7(1):82-92. Disponible en: https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/view/4990/6933

13- Haydock MD, Mittal A, Wilms HR, Phillips A, Petrov MS, Windsor JA. Fluid therapy in acute pancreatitis: anybody's guess. Ann Surg. 2013 ;257(2):182-8. doi: 10.1097/SLA.0b013e31827773ff. PMID: 23207241.

14. Schwaner J, et al. Pancreatitis aguda: índice de severidad en TC. Evaluación de complicaciones y hospitalización. Rev Chil Radiol. 2003 ;9:187-93. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082003000400005.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS