

Caso

(332) Pancreatitis enfisematosa: reporte de un caso con deterioro clínico vertiginoso.

Autores

Karen Pérez Alfonso, Natalia Romero Martínez

Centro

Hospital Universitario Bellvitge, Barcelona

EXPOSICIÓN DEL CASO

Hombre, 78 años. Neoplasia vesical (libre de enfermedad), oclusión crónica de ACI derecha, infarto hemisférico derecho e IRC estadio 4 (TFG 27 ml/min).

Historia < 24 horas de evolución de epigastralgia y sensación nauseosa. A su llegada a hospital externo destaca bradicardia sinusal (FC: 34 lpm), elevación de a-amilasa sérica (2489,4 U/L) y leucocitosis (21,19 x 10⁹/L) neutrofílica (17,86 x 10⁹/L). TC abdominal sin contraste (11 am, 07/04/21) muestra cambios de pancreatitis aguda. Se inicia

tratamiento de soporte con fluidoterapia y analgesia.

Durante la noche exhibe hemiplejía izquierda y es trasladado a nuestro hospital por código ictus. Se identifica infarto subagudo en giro frontal superior derecho y extensa área de penumbra frontoparietotemporal derecha, sin oclusiones arteriales intracraneales. Se orienta como isquemia cerebral por bajo gasto.

Paciente presenta deterioro clínico progresivo: disminución del nivel de consciencia, distensión abdominal, hipotensión mantenida e insuficiencia respiratoria. Aumento progresivo de PCR y lactato y procalcitonina se positiviza.

Se repite TC abdominal con contraste (6 am, 08/04/21) que muestra glándula pancreática desestructurada, disecada y sustituida por gas, con islas aisladas de parénquima preservado en cola y cuerpo y aparición de extenso retroneumoperitoneo.

En laparotomía exploratoria se confirma gas intrabdominal, necrosis pancreática hemorrágica e isquemia vesicular, con cultivos positivos para *Haemophilus parainfluenzae*. Tras cirugía, paciente persiste con fallo multiorgánico y fallece el 09/04/2021.

DISCUSIÓN

Se muestra el caso de una pancreatitis enfisematosa, con evolución vertiginosa en menos de 24 horas.

La pancreatitis necrotizante (PN) es una forma de presentación severa de la pancreatitis aguda (PA), caracterizada por necrosis hemorrágica intra y periglandular [1]. Se asocia a infección bacteriana en aproximadamente un 20% de los pacientes, como consecuencia de la translocación bacteriana hacia el tejido necrótico desde las estructuras digestivas en proximidad [2].

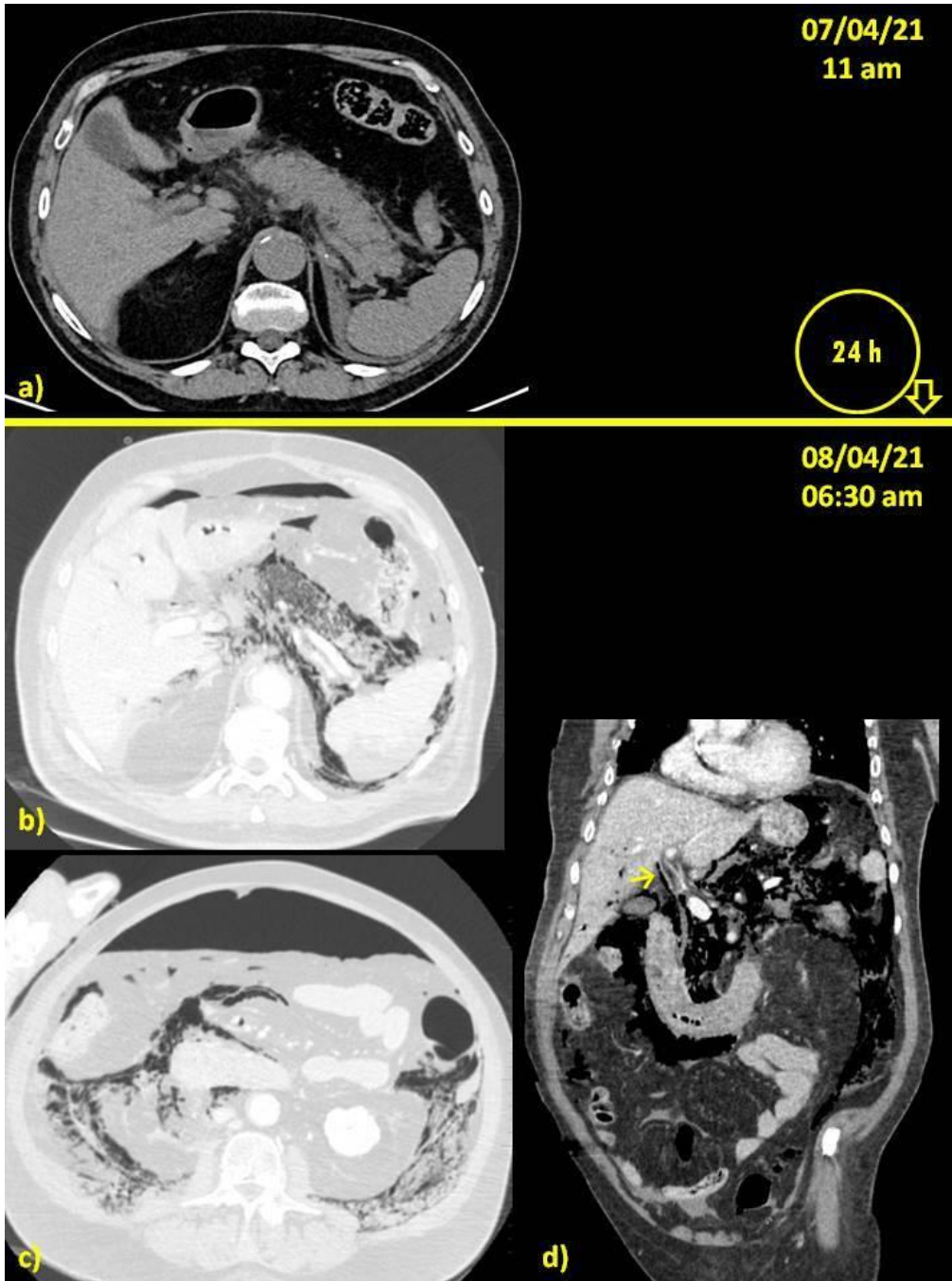
La pancreatitis enfisematosa (PE) es una complicación grave e infrecuente de la PN, asociada a alta mortalidad secundaria a sepsis [3,4]. Radiológicamente se caracteriza por la presencia de gas en el parénquima pancreático necrótico o gas periglandular y es indicativo de sobreinfección bacteriana (Velasco 2009). El agente

etiológico aislado con mayor frecuencia es *Escherichia coli*, seguido de *Staphylococcus aureus* y *Enterococcus faecalis* [1,3]. La TC es la prueba diagnóstica de elección por su alta sensibilidad y especificidad para detección de gas así como para evaluar la presencia de colecciones u otras complicaciones [3,4].

Tras diagnosticar radiológicamente una PE (y por tanto una necrosis pancreática infectada) caben dos posibilidades de manejo terapéutico: conservador y quirúrgico. La estabilidad clínica del paciente determina la indicación de manejo conservador (punción percutánea o endoscópica de la necrosis y tratamiento antibiótico dirigido) y no así los hallazgos radiológicos. En este caso, se debe realizar una PAAF de la necrosis, cuyo objetivo es optimizar el tratamiento antibiótico y así programar la cirugía de manera diferida. El desbridamiento quirúrgico (necrosectomía) está indicado para pacientes con fallo orgánico (caso del paciente presentado) [3,4].

CONCLUSIÓN

La pancreatitis enfisematosa es una complicación infrecuente y grave de la pancreatitis aguda. Radiológicamente se manifiesta como una sustitución del parénquima pancreático necrótico por gas e implica necrosis infectada.



Pancreatitis enfisematosa. a) TC abdominal sin contraste (07/04/21) que muestra cambios de pancreatitis aguda: páncreas aumentado de tamaño y de aspecto globuloso, asociado a trabeculación de la grasa y líquido peripancreático. b), c), d) TC abdominal con contraste (08/04/21) que muestra aparición de abundante gas que sustituye el parénquima pancreático y diseca los espacios retroperitoneales, en relación con evolución a pancreatitis enfisematosa: b) Corte axial en ventana de pulmón donde se observa presencia de aire en la celda pancreática y sustitución del parénquima glandular por gas. c) Corte axial en ventana de pulmón a nivel de L4 que muestra extensión del abundante retroneumoperitoneo hacia grasa pararenal anterior y posterior bilateral. d) Reconstrucción sagital oblicua con venta de partes blandas que muestra aerobilia () en el colédoco.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Shyu J, Sainani N, Sahni A, Chick J, Chauhan N, Conwell D, et al. Necrotizing Pancreatitis: Diagnosis, Imaging, and Intervention. *Radiographics*. 2014; 34:1218-1239. <https://doi.org/10.1148/rg.345130012>
- 2) Novellas S, Karimdjee BS, Gelsi E, Baudin G, Chevallier P. Aspects tomodensitométriques et signification du gaz dans l'aire pancréatique. *J Radiol*. 2009; 90:191-8. doi:10.1016/S0221-0363(09)72469-2
- 3) Velasco-Guardado A, Prieto-Vicente V, Fernández-Pordomingo A, Tejedor-Cerdeña M, Álvarez-Delgado A, Sánchez-Garrido A, et al. Pancreatitis enfisematosa. ¿Tratamiento conservador o quirúrgico? *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32(9):605-609. doi:10.1016/j.gastrohep.2009.06.002
- 4) Martínez D, Belmonte MT, Kosny P, Ghitulescu MA, Florencio I, Aparicio J. Emphysematous Pancreatitis: A Rare Complication. *EJCRIM*. 2018; 5. doi:10.12890/2018_000955