

REPORTE DE CASO

Medicina

Pancreatitis aguda litiásica recurrente en el puerperio tardío sin colecistectomía índice

Jucélia Aparecida Farias Pereira¹, Zara Escobar Benítez¹

¹Carrera de Medicina, Facultad de la Universidad del Norte en Pedro Juan Caballero, Paraguay.

Enviado: 15 de diciembre de 2023

Aceptado: 28 de mayo de 2024

Publicado: 19 de junio de 2024

DOI: [10.5281/zenodo.21909571](https://doi.org/10.5281/zenodo.21909571)



Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC-BY)

RESUMEN

Objetivo: Describir un caso de pancreatitis aguda litiásica recurrente en el puerperio tardío, con énfasis en los factores que condicionaron la demora de la colecistectomía. **Métodos:** Se presenta el caso de una mujer de 34 años, procedente del interior de Paraguay, en puerperio tardío (2 meses), con hipertensión arterial en tratamiento irregular, que presentó dos episodios de dolor en hipocondrio derecho con irradiación al dorso, acompañados de vómitos, en un intervalo de 15 días. **Resultados:** En el primer episodio, los estudios de laboratorio mostraron elevación marcada de lipasa y amilasa, transaminasas elevadas y bilirrubina total elevada de predominio indirecto, con una ecografía abdominal que evidenció esteatosis hepática, litiasis vesicular múltiple, colédoco dilatado a 11 mm y líquido libre en cavidad abdominal. Se estableció el diagnóstico de pancreatitis aguda de origen litiásico y la paciente fue manejada con hidratación parenteral y analgesia, sin colecistectomía durante esa internación. Quince días después del alta, la paciente reingresó con síntomas similares; la nueva ecografía mostró engrosamiento de la pared vesicular, líquido pericolecístico y litiasis vesicular confirmada, con nueva elevación de la amilasa. Ante la recurrencia confirmada, se optó por un manejo combinado médico y quirúrgico, programándose la colecistectomía para abordar la causa litiásica subyacente. **Conclusión:** Este caso ilustra cómo la falta de colecistectomía durante el ingreso índice por pancreatitis aguda litiásica, influida por

Autor correspondiente: Zara Escobar Benítez. Carrera de Medicina, Facultad de la Universidad del Norte en Pedro Juan Caballero, Paraguay
Correo electrónico: zara.escobar.105@docentes.uninorte.edu.py

Financiación: Este artículo fue presentado para la Convocatoria 2023 del Programa de Iniciación Científica e Incentivo a la Investigación (PRICILA) de la Universidad del Norte (ARTI-23-069-PJC-MED). Los fondos para PRICILA fueron provistos por el Banco SUDAMERIS y el Rectorado de la Universidad del Norte.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

limitaciones de acceso a la atención médica propias del interior del país, se asoció a una recurrencia temprana de la enfermedad, y subraya la importancia de la colecistectomía oportuna para prevenir episodios recurrentes de pancreatitis biliar.

Palabras clave: Pancreatitis aguda, recurrencia, colelitiasis, colecistectomía, período posparto, reporte de caso

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es una condición médica que implica la inflamación y la necrosis del páncreas por autodigestión enzimática, con un impacto potencialmente devastador en órganos cercanos y distantes que puede llevar a la insuficiencia multiorgánica y, en casos extremos, a la muerte; su gravedad se estratifica habitualmente según los Criterios Revisados de Atlanta (1).

Los cálculos biliares constituyen una de las causas más frecuentes de pancreatitis aguda, y se les atribuye entre el 40 % y el 70 % de todos los casos registrados (2).

Durante el embarazo se producen cambios notables en la función hepatobiliar que crean un ambiente litogénico, entre ellos la relajación de la pared vesicular y la inhibición parcial de la acción de la colecistoquinina sobre la contractilidad de la vesícula biliar, lo que favorece la formación de cálculos; si bien continúa debatiéndose si el embarazo constituye por sí mismo una causa directa de pancreatitis aguda, estos cambios fisiológicos son reconocidos como factores predisponentes de la enfermedad litiasica biliar en la mujer gestante (3,4). La pancreatitis aguda en el embarazo y en el puerperio temprano, aunque infrecuente, puede asociarse a morbilidad materna significativa y a desafíos diagnósticos específicos derivados de la superposición con síntomas propios del posparto y de la cirugía obstétrica reciente (5).

Dentro del espectro de la enfermedad, la pancreatitis aguda recurrente se define por la presencia de múltiples episodios en un paciente sin evidencia de pancreatitis crónica en los estudios de imagen, y su diagnóstico y manejo requieren un enfoque multidisciplinario que incluya habilidades clínicas y técnicas avanzadas de diagnóstico por imágenes; cuando la causa subyacente es litiasica y no se resuelve, la tendencia a la recurrencia es particularmente marcada (6,7). Se presenta el caso de una paciente en puerperio tardío con pancreatitis aguda litiasica recurrente, con el objetivo de ilustrar los desafíos clínicos y terapéuticos asociados a esta presentación y su relación con el acceso oportuno a la colecistectomía.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se describe el caso de una mujer de 34 años, procedente de Horqueta, Concepción, con antecedente de puerperio tardío (2 meses) y diagnóstico de hipertensión arterial bajo tratamiento irregular. Negaba hábitos tóxicos (tabaquismo, alcohol, drogas ilícitas), con hábitos fisiológicos dentro de la normalidad y una dieta con predominio de alimentos grasos y estilo de vida sedentario.

La paciente consultó por un cuadro de 72 horas de evolución de dolor en hipocondrio derecho con irradiación al dorso, de tipo punzante e intensidad moderada, acompañado de vómitos de contenido alimenticio en varias oportunidades y diarrea líquida. Refería haberse automedicado con clonixinato de lisina 125 mg, con mejoría parcial. Negaba fiebre, acolia y coluria.

RESULTADOS

Al examen físico se constató ictericia moderada, dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho y signo de Murphy positivo, por lo que se decidió la internación para estudio. Los exámenes complementarios mostraron lipasa de 412 U/l (valor de referencia menor a 38 U/l), amilasa de 2141 U/l (valor de referencia 90 U/l), GPT de 121 U/l (valor de referencia 32 U/l) con GOT en el límite superior de referencia, bilirrubina directa de 1,39 mg/dl

y bilirrubina indirecta de 1,95 mg/dl. La ecografía abdominal evidenció esteatosis hepática, litiasis vesicular múltiple, colédoco dilatado a 11 mm y líquido libre en cavidad abdominal de 30 cc. Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de pancreatitis aguda de origen litíásico. Se inició manejo con hidratación parenteral y analgesia, y la paciente fue dada de alta al cuarto día de internación con la intención de programar la colecistectomía de forma diferida.

Quince días después del alta, la paciente reingresó con un cuadro de características similares: dolor de inicio insidioso, tipo cólico, intensidad 7/10, que no cedía con analgésicos, se agravaba con la ingesta de alimentos grasos y se aliviaba en decúbito lateral, sin vómitos asociados en esta ocasión. Los estudios de laboratorio mostraron una nueva elevación de la amilasa (3883 U/l), y la ecografía reveló engrosamiento de la pared vesicular, líquido pericolecístico e imágenes hiperecogénicas móviles con sombra acústica posterior, compatibles con litiasis vesicular. Ante la confirmación de la recurrencia del cuadro y su origen litíásico, se optó por un enfoque combinado de manejo médico y planificación quirúrgica para abordar la causa subyacente y prevenir episodios adicionales.

DISCUSIÓN

Este caso ilustra la presentación de una pancreatitis aguda litíásica en el puerperio tardío, con recurrencia temprana tras un primer episodio manejado sin colecistectomía. La pancreatitis aguda en el período gestacional y posparto inmediato es infrecuente pero clínicamente relevante, y su diagnóstico puede complicarse por la superposición sintomática con el propio puerperio y con una eventual cirugía obstétrica reciente, aunque en este caso el parto había sido vía vaginal dos meses antes del primer episodio (5,3).

Los cambios hepatobiliares propios del embarazo —relajación de la pared vesicular e inhibición parcial de la contractilidad mediada por colecistoquinina— generan un ambiente litogénico que favorece la formación de cálculos biliares, y aunque no está completamente establecido si el embarazo constituye una causa directa de pancreatitis aguda, estos mecanismos fisiológicos son reconocidos como factores contribuyentes relevantes en la mujer gestante y puérpera (4,6).

La ausencia de colecistectomía durante el ingreso índice en este caso es consistente con la tendencia bien docu-

mentada a la recurrencia de la pancreatitis aguda cuando la causa litíásica subyacente no se resuelve tempranamente, un patrón descrito de forma reiterada en la literatura sobre pancreatitis aguda recurrente (7).

Las guías de manejo de la pancreatitis aguda de origen litíásico recomiendan la colecistectomía como estrategia central para prevenir la recurrencia, con el momento óptimo de la cirugía determinado en gran medida por la gravedad del episodio según los Criterios Revisados de Atlanta; en los episodios leves, como el de esta paciente, la colecistectomía durante el mismo ingreso —colecistectomía índice— es la opción preferida siempre que resulte factible, y su demora se ha asociado consistentemente a peores desenlaces (1,2,8).

La falta de colecistectomía índice en pacientes con pancreatitis aguda biliar leve se ha asociado a tasas más altas de reingreso por episodios recurrentes, con la consiguiente prolongación de la estancia hospitalaria y un mayor riesgo de complicaciones asociadas a estos reingresos (9,10). En este caso, el reingreso ocurrió apenas 15 días después del alta, un intervalo consistente con el patrón de recurrencia temprana descrito en pacientes sin colecistectomía durante el ingreso inicial.

Cuando la colecistectomía índice no resulta factible, la evidencia respalda la colecistectomía de intervalo dentro de un plazo acotado tras el alta —habitualmente dentro de los 30 días— como estrategia para reducir el riesgo de recurrencia y de complicaciones posteriores; sin embargo, en la práctica clínica los tiempos de espera para la cirugía suelen prolongarse más allá de lo recomendado, particularmente en contextos con recursos quirúrgicos limitados (11,12).

La falta de adherencia a las recomendaciones de manejo temprano de la colecistectomía continúa siendo una de las principales causas de pancreatitis aguda biliar recurrente a nivel global, un patrón que se reproduce de forma consistente en la literatura reciente pese a la solidez de la evidencia que respalda la intervención oportuna, incluidas revisiones sistemáticas más amplias que confirman la superioridad de la colecistectomía sobre el manejo conservador en la enfermedad litíásica biliar sintomática (13,14,15). En el caso de esta paciente, las limitaciones socioeconómicas y de acceso a la atención médica propias del interior de Paraguay plantean un factor contextual plausible para explicar la demora en la resolución quirúrgica definitiva, en línea con lo descrito en otros entornos con recursos limitados para la cirugía biliar oportuna.

Este reporte tiene las limitaciones inherentes a la descripción de un caso único, que no permite establecer conclusiones generalizables sobre los determinantes de la falta de colecistectomía índice en el sistema de salud paraguayo. Tampoco fue posible, a partir del registro clínico disponible, precisar si la demora respondió específicamente a la disponibilidad de quirófano, a la decisión clínica del equipo tratante o a factores propios de la paciente. En conclusión, este caso confirma que la pancreatitis aguda litiásica no resuelta con colecistectomía oportuna conlleva un riesgo real y a corto plazo de recurrencia, y subraya la necesidad de fortalecer el acceso a la colecistectomía índice o de intervalo temprano, particularmente en contextos con limitaciones de recursos como el interior de Paraguay.

REFERENCIAS

1. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013;62(1):102-111.
<https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-302779>
2. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, Hirata K, Mayumi T, Yoshida M, et al. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: treatment of gallstone-induced acute pancreatitis. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2006;13(1):56-60.
<https://doi.org/10.1007/s00534-005-1052-6>
3. Sun H, Warren J, Yip J, Ji Y, Hao S, Han W, et al. Factors Influencing Gallstone Formation: A Review of the Literature. *Biomolecules*. 2022;12(4):550.
<https://doi.org/10.3390/biom12040550>
4. Wang HH, Portincasa P, Liu M, Tso P, Wang DQ. An Update on the Lithogenic Mechanisms of Cholecystokinin A Receptor (CCKAR), an Important Gallstone Gene for Lith13. *Genes (Basel)*. 2020;11(12):1438.
<https://doi.org/10.3390/genes11121438>
5. Tóth K, Márton Z, Csontos C, Márton S. Acute Pancreatitis in Pregnancy and the Early Postpartum Period: An Anaesthesiology and Critical Care Perspective. *J Clin Med*. 2026;15(8):2968.
<https://doi.org/10.3390/jcm15082968>
6. Somogyi L, Martin SP, Venkatesan T, Ulrich CD 2nd. Recurrent acute pancreatitis: an algorithmic approach to identification and elimination of inciting factors. *Gastroenterology*. 2001;120(3):708-717.
<https://doi.org/10.1053/gast.2001.22333>
7. Stimac D, Stimac T. Acute pancreatitis during pregnancy. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2011;23(10):839-844.
<https://doi.org/10.1097/MEG.0b013e328349b199>
8. Blundell JD, Gandy RC, Close JCT, Harvey LA. Time to interval cholecystectomy and associated outcomes in a population aged 50 and above with mild gallstone pancreatitis. *Langenbecks Arch Surg*. 2023;408(1).
<https://doi.org/10.1007/s00423-023-03098-7>
9. Ruiz Rebollo ML. Recurrent acute biliary pancreatitis: A frequent and preventable condition potentially associated with morbidity and mortality. *Rev Esp Enferm Dig*. 2022;114.
<https://doi.org/10.17235/reed.2022.8563/2021>
10. Barreiro Alonso E, Mancebo Mata A, Varela Trastoy P, Pipa Muñiz M, López Fernández E, Tojo González R, et al. Reingresos por pancreatitis aguda biliar edematosa en pacientes sin colecistectomía. *Rev Esp Enferm Dig*. 2016;108(8):473-478.
<https://doi.org/10.17235/reed.2016.4291/2016>
11. Bejarano González N, Romaguera Monzonís A, García Borobia FJ, et al. Cómo afecta el retraso de la colecistectomía tras la pancreatitis aguda litiásica en la aparición de recidivas: consecuencias de la falta de recursos. *Rev Esp Enferm Dig*. 2016;108(3):117-122.
12. Rey Chaves CE, Diaz Amarís JP, Diaz Tarazona MA, Sarmiento L, Conde D, Alarcón I, et al. Timing of Cholecystectomy After Acute Biliary Severe Pancreatitis: A Systematic Review-Time for A Clinical Trial? *JGH Open*. 2026.
<https://doi.org/10.1002/jgh3.70368>
13. Arif AA, Sasson S, Aboalfaraj N, Karimuddin AA, Galorport C, Monkewich GJ, et al. Determinants and outcomes of early cholecystectomy for mild gallstone pancreatitis in British Columbia, Canada. *J Can Assoc Gastroenterol*. 2026.
<https://doi.org/10.1093/jcag/gwag007>
14. Dima AL, Manda AL, Davitoiu DV, Lutic CV, Voiculescu DI. Current Approach in Acute Biliary Pancreatitis - a Narrative Review. *Maedica (Bucur)*. 2026;21(1):167.
<https://doi.org/10.26574/maedica.2026.21.1.167>
15. Gad MM, Ayad Q, Elgamal MM, Moubarak ES, Ziada AF, Beddor A, et al. Cholecystectomy versus conservative management for patients with uncomplicated symptomatic gallstones and cholecystitis: an updated systematic review and meta-analysis. *BMC Surg*. 2026.
<https://doi.org/10.1186/s12893-026-03922-z>