

PANCREATITIS AGUDA EN GESTANTE A TÉRMINO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Lara Pérez Caballero, Laura de Pablo Zamora, Paula Vigil Doblas, María Pilar Martínez Población, Cristina Montero González, Sheila Azcona Calzado, José Antonio García Fernández, Belen Tobera Noval, Noelia Pérez Martínez, Covadonga Fernández Castro, Beatriz Rodríguez-Vijande Alonso

Ginecología y Obstetricia, Hospital de Cabueñes, Spain

OBJETIVOS:

- Presentar una patología de muy baja incidencia entre población gestante
- Pautas para diagnóstico precoz

MATERIAL Y MÉTODOS: Primigesta de 39+4 semanas (TA límite que precisaron ingreso en semana 37, resto normal) ingresa en nuestro servicio por epigastalgia vómitos + TA elevadas (158/93) +++ proteínas en orina y analítica de urgencias bioquímica no valorable por plasma "lipémico". Se decide inducción directa con oxitocina por exploración cervical favorable. Durante su estancia en partos el monitor es poco tranquilizador por lo que se decide cesárea por SPBF. Al abrir peritoneo parietal se visualiza abundante ascitis quilosa maloliente. En analítica siguiente niveles de lipasa 1117 y TG 4890, por lo que ante la sospecha de pancreatitis por hipertrigliceridemia se comienza con sueroterapia, así como insulino terapia (por glucemias en el límite-alto). En el 6º día post-intervención se realiza TAC, que confirma pancreatitis aguda, probablemente necrotizante. **CONCLUSIONES:** La Hipertrigliceridemia es la 3º causa más frecuente de pancreatitis (después de los cálculos biliares y el alcohol). Es responsable del 56% de las pancreatitis durante el embarazo. Aunque la gestación induce un aumento de las cifras de TG, no suele superar los 300mg/dl, lo cual no es suficiente para originar una pancreatitis (en este caso harían falta valores 500-1000 mg/dl). Generalmente se encuentra un antecedente de alteración en el metabolismo lipídico (no existente en nuestro caso), aunque no está claro que el embarazo aumente el riesgo de pancreatitis en gestantes con hipertrigliceridemia subyacente