

Autores: González-Castillo, Raúl* y Alvarado, Lorena Vanessa*

*: Médico Residente de Medicina Interna y Hospitalaria, Hospital Gustavo Nelson Collado, Herrera, Panamá - Correo: raulhgonzalezc@gmail.com

Introducción

La hipertrigliceridemia es una de las etiologías poco frecuentes de pancreatitis aguda, con una incidencia de 2-4% de los casos. Sin embargo, estos han ido en aumento en los últimos años. Esta enfermedad tiene como causa primaria la quilomicronemia familiar y causas secundarias como obesidad, diabetes mellitus descontrolada, insuficiencia renal crónica, hipotiroidismo y medicamentos. El exceso de triglicéridos provoca injuria e isquemia pancreática.¹ El tratamiento consiste en hidratación, reposo intestinal, analgesia y uso de estatinas. Se debe considerar el uso de terapia de insulina o heparina por su efecto hipolipemiante.¹⁻² Reportaremos un caso sobre el uso de plasmaférésis en una paciente con pancreatitis aguda inducida por hipertrigliceridemia (PAIH) con refractariedad al tratamiento convencional.

Caso Clínico

Paciente femenina de 43 años con antecedentes de obesidad, diabetes mellitus tipo 2 (HbA1c 6.9%), hipertensión arterial crónica y pancreatitis aguda (2020). Acude con historia de dolor abdominal en epigastrio irradiado en banda a hipocondrio derecho y tórax posterior de carácter sordo y EVA 10/10, asociado a náuseas y vómitos #2 de contenido bilioso de 7h de evolución. Al examen físico, PA:160/100mmHg FC:83lat/min FR:18resp/min Sat:98% (aire ambiente) T:36,8C. Alerta, orientada. Cardiopulmonar sin alteraciones. Con dolor abdominal a la palpación superficial y profunda en epigastrio, sin visceromegalia. Paciente con hallazgos de muestras lipémicas (Ver Figura 1), Glucosa:166mg/dL, creatinina:0,51mg/dL, lipasa:255U/L, triglicéridos:1599mg/dL, PCR:43mg/dL TSH:0.9mU/L, con equilibrio acido-base y USG hepatobiliar que reporta esteatosis hepática, sin litos.



Figura 1. Hallazgos de suero lipémico en canalización periférica. Fotografía por Raúl Gonzalez-Castillo.

Se inicia tratamiento para pancreatitis aguda (BISAP:1) con reposo intestinal, analgesia, hidratación intensa e infusión de insulina, sin embargo a 48h de evolución tórpida, requerimiento de oxígeno suplementario, APACHE II Score: 8 puntos y persistencia de triglicéridos >1500mg/dL, se realiza TC de abdomen contrastado sin hallazgos de complicaciones pancreáticas (Ver Figura 2) y se decide realizar junto al departamento de nefrología, plasmaférésis (con solución de albumina). Posteriormente tras 2 sesiones en 48h, disminución de triglicéridos a 602mg/dL con mejoría de síntomas, junto a terapia de estatinas de alta intensidad. Concomitantemente, paciente con Moulin Score de 12 puntos, por lo que se realiza prueba de secuenciación genética de APOA5, APOC2, GPIHBP1, LMF1 y LPL con resultado negativo, descartando quilomicronemia familiar. Paciente cursa con buena evolución clínica, con posterior egreso.



Figura 2. Se observa páncreas homogéneo, con presencia de líquido libre, sin necrosis en corte transversal de TC de abdomen con contraste IV. Fuente: Hospital Gustavo Nelson Collado Ríos

Discusión

La prueba de secuenciación genética resultó negativa para quilomicronemia familiar, sin embargo la paciente tiene factores de riesgo que la predisponen a esta patología (obesidad y diabetes mellitus). La plasmaférésis por hemofiltración continua es una terapia rápida y efectiva que disminuye los niveles de triglicéridos hasta un 50-80% con una sola sesión, nuestra paciente requirió dos sesiones; a pesar que la tasa de complicaciones es baja, el uso de esta terapia aumenta los días intrahospitalarios.³ Hay pocos casos descritos en la literatura pero es imperativo el conocimiento del manejo de la PAIH, además de mantener la quilomicronemia familiar entre los diagnósticos diferenciales de su etiología y de ser positivo derivar a una consejería genética oportuna.

Agradecimientos

Agradecemos al Departamento de Nefrología del Hospital Gustavo Nelson Collado por su apoyo y asesoría.

Referencias

1. Saruc M, Unal HU, Department of Gastroenterology, Acibadem Mehmet Ali Aydinlar University School of Medicine, Istanbul, Turkey. Pitfalls in hypertriglyceridemia induced acute pancreatitis. Turk J Gastroenterol. 2019 Apr;30(3):217-9.
2. Garg R, Rustagi T. Management of Hypertriglyceridemia Induced Acute Pancreatitis. BioMed Research International. 2018 Jul 26;2018:1-12.
3. Shaka H, El-amir Z, Jamil A, Kwei-Nsoro R, Wani F, Dahiya DS, et al. Plasmapheresis in hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis. Baylor University Medical Center Proceedings. 2022 Nov 2;35(6):768-72.