

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.<sup>1</sup> 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.<sup>1-2</sup> Reportaremos un caso sobre el uso de plasmaféresis 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 ácido-base y USG hepatobiliar que reporta esteatosis hepática, sin litos.



**Figura 1.** Hallazgos de suero lipémico en canalización periférica. Fotografía por Raúl González-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, plasmaféresis (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 plasmaféresis 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.<sup>3</sup> 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 3;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.