



# REPORTE DE CASO

---

## PRESENTACIÓN GRAVE DE PANCREATITIS AGUDA BILIAR CON COMPLICACIÓN RENAL Y COLANGITIS: REPORTE DE UN CASO Y MANEJO ENDOSCÓPICO.

Dr. Jorge Daniel Ramírez Pane  
Universidad Nacional de Asunción

---

### INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA) es una inflamación súbita del páncreas que representa una de las principales causas de ingreso hospitalario por patología digestiva a nivel mundial (1). Su incidencia ha aumentado progresivamente, en especial en países de ingresos medios y altos, con tasas que oscilan entre 13 y 45 casos por 100.000 habitantes al año; las principales causas etiológicas son los cálculos biliares y el consumo excesivo de alcohol (2). En América Latina, la etiología biliar predomina de forma significativa, reportándose hasta en el 68% de los casos, situación atribuida a la alta prevalencia de colestiasis en la región (3). En Paraguay, los registros hospitalarios reflejan también esta tendencia, siendo la pancreatitis biliar más frecuente en mujeres, y con una mortalidad global cercana al 8% (4).

---

#### **Autor de correspondencia:**

Dr. Jorge Daniel Ramírez Pane  
dr.ramirezpane@gmail.com

**Recibido:** 02/02/2024

**Aceptado:** 17/04/2024

---

La obstrucción transitoria o persistente del colédoco por un cálculo impactado en la ampolla de Vater es el mecanismo fisiopatológico fundamental de la pancreatitis aguda biliar (PAB); esta obstrucción desencadena la activación prematura de enzimas pancreáticas, generando autodigestión del tejido glandular e inflamación local (5). En aproximadamente el 20% de los casos, la enfermedad progresa a una forma grave, caracterizada por falla orgánica persistente, siendo la insuficiencia renal una de las complicaciones más relevantes y de peor pronóstico (1). Diversos estudios han demostrado que la disfunción renal en el contexto de PA se asocia con un aumento significativo en la mortalidad (6,7).

Entre las fallas orgánicas, la lesión renal aguda (LRA) es una complicación crítica. Un gran estudio de pacientes hospitalizados encontró LRA en ~8% de los casos de PA, y la mortalidad fue significativamente mayor en aquellos con LRA (8,8% vs 0,7%) (8). En la pancreatitis biliar, un cálculo impactado también puede provocar colangitis aguda una infección biliar ascendente potencialmente letal (9). La presencia concomitante de colangitis obliga a una descompresión biliar urgente, típicamente mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), para aliviar la obstrucción (6). La pancreatitis aguda biliar con colangitis y falla renal simultáneas representa, por tanto, un cuadro de extrema gravedad. En este contexto, presentamos un caso que ilustra esta presentación severa y su manejo endoscópico.

El presente reporte ilustra un caso clínico con estas características y su abordaje exitoso. La identificación oportuna y el tratamiento precoz mediante CPRE son fundamentales. Reportar casos con esta presentación contribuye al conocimiento clínico y optimiza estrategias de manejo en contextos de alta complejidad.

## REPORTE DEL CASO

Paciente masculino de 42 años de edad, oriundo de zona urbana del Departamento Central del Paraguay, con antecedentes personales de hipertiroidismo bajo tratamiento, sin antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus ni obesidad. Desde el punto de vista quirúrgico, refiere haber sido sometido a una apendicectomía años atrás, sin antecedentes de colecistectomía u otro procedimiento quirúrgico relevante. Consulta en el servicio de urgencias por cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal de inicio súbito e intensidad creciente, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, acompañado de náuseas y vómitos persistentes, ictericia evidente, coluria y acolia. No refiere fiebre ni antecedentes de automedicación con analgésicos ni antibióticos. Niega antecedentes de litiasis vesicular conocida. Durante la evaluación clínica inicial se constata ictericia mucocutánea y dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal ni defensa abdominal. No se identifican signos de alarma tales como derrame pleural o líquido libre en cavidad abdominal. En el laboratorio de ingreso se documenta leucocitosis con recuento de glóbulos blancos  $14.000\text{mm}^3$ , con predominio de neutrófilos de 82%. El hematocrito se encuentra descendido en 30%, con anemia leve asociada. Las plaquetas se mantienen dentro del rango normal ( $150.000$  a  $400.000/\text{mm}^3$ ). Se destaca una proteína C reactiva elevada a  $220\text{ mg/L}$ , así como una PCR dicotómica positiva, hallazgos que refuerzan el proceso inflamatorio sistémico activo.

Las enzimas pancreáticas se encuentran notablemente elevadas, con valores de amilasa y lipasa superiores a cinco veces el valor de referencia, confirmando el diagnóstico de pancreatitis aguda. A nivel hepático, se identifican alteraciones bioquímicas con elevación moderada del hepatograma (entre

2 y 5 veces el valor normal), siendo la bilirrubina total de 2,6 mg/dL, con predominio directo, y presumiblemente acompañada de aumento de fosfatasa alcalina y GGT, aunque no fueron consignadas en la ficha clínica.

La evaluación ecográfica abdominal revela una vesícula biliar de características conservadas, sin distensión ni engrosamiento de sus paredes, lo cual no descarta patología biliar obstructiva de origen distal. No se identifican signos ecográficos de colecciones peripancreáticas ni alteraciones estructurales en el páncreas, el cual presenta un aspecto ecográfico normal. No obstante, se evidencia dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, con visualización de imagen compatible con coledocolitiasis. Tales hallazgos motivan la indicación de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), procedimiento que se realiza exitosamente con resolución de la coledocolitiasis en una intervención de aproximadamente 140 minutos.

El cuadro clínico se complica con una colangitis de presentación grave, de evolución tórpida y asociada a signos de disfunción orgánica. A pesar de no requerir ingreso a unidad de cuidados intensivos ni soporte con drogas inotrópicas, el paciente presenta insuficiencia renal aguda persistente, con alteración significativa de la función renal que define la presencia de falla orgánica sostenida. El índice Pa/Fi se mantiene por encima de 300, descartando compromiso pulmonar agudo asociado. No se identifican otras disfunciones orgánicas simultáneas.

La evolución inicial del cuadro es tórpida debido a la asociación de pancreatitis aguda biliar severa con colangitis grave e insuficiencia renal, constituyendo un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica de relevancia clínica. El manejo se centra en el soporte clínico, la terapia antimicrobiana de amplio espectro y el drenaje biliar por CPRE como tratamiento definitivo de la obstrucción biliar, logrando con ello el control de la

sepsis de origen colangítico y permitiendo la progresiva mejoría clínica y bioquímica del paciente.

El diagnóstico final se establece como pancreatitis aguda biliar severa secundaria a coledocolitiasis, con colangitis grave e insuficiencia renal persistente como manifestación de falla orgánica. El procedimiento de CPRE realizado en forma oportuna permitió la resolución de la obstrucción biliar, evitando la progresión hacia formas más severas con compromiso multisistémico o necesidad de soporte vital avanzado. La ausencia de complicaciones locales pancreáticas en las imágenes (necrosis, colecciones o pseudoquistes) sugiere una evolución controlada del proceso pancreático, en un contexto de adecuada respuesta terapéutica.

## DISCUSIÓN

La pancreatitis aguda biliar (PAB) constituye una de las formas más frecuentes de pancreatitis aguda, especialmente en regiones como América Latina donde la litiasis biliar tiene alta prevalencia (10). El caso presentado corresponde a un varón de 42 años, lo cual resulta relevante, ya que si bien la PAB predomina en mujeres mayores de 50 años, múltiples estudios han evidenciado un aumento en la incidencia de casos en varones menores de 50 años, especialmente en presencia de factores metabólicos u hormonales, como el hipertiroidismo, condición presente en este paciente (11). Si bien el hipertiroidismo no se reconoce como un factor de riesgo clásico para litiasis biliar, algunos estudios recientes han descrito alteraciones en la motilidad biliar y del esfínter de Oddi vinculadas al estado tiroideo, que podrían favorecer la formación de litos o su movilización hacia el colédoco (12).

La presentación clínica con dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho, ictericia, náuseas, vómitos, coluria y acolia es típica de una PAB complicada con colestasis e infección biliar ascendente. La ausencia de

fiebre en este caso no excluye el diagnóstico de colangitis, ya que hasta un tercio de los pacientes pueden cursar sin fiebre franca al inicio (13). En contraste con la tríada clásica de Charcot, algunos estudios señalan que los criterios de Tokyo 2018 tienen mayor sensibilidad diagnóstica para colangitis aguda, sobre todo en fases iniciales (14).

Los hallazgos laboratoriales son concordantes con una respuesta inflamatoria sistémica: leucocitosis moderada, anemia normocítica leve, proteína C reactiva marcadamente elevada y enzimas pancreáticas aumentadas más de cinco veces el valor de referencia, que cumplen criterios diagnósticos de pancreatitis aguda según las guías de Atlanta (15). La elevación de bilirrubina total con predominio directo y la dilatación de la vía biliar en la ecografía sustentan la sospecha de coledocolitiasis como etiología. En este sentido, estudios como el de Minguez et al. han demostrado que los parámetros bioquímicos, junto con los hallazgos ecográficos de dilatación biliar, tienen alto valor predictivo para coledocolitiasis (16).

Una particularidad de este caso es la presentación de insuficiencia renal aguda persistente como única manifestación de falla orgánica. La disfunción renal en el contexto de PAB es infrecuente pero de alta gravedad. Según Maderos et al., la presencia de lesión renal aguda en pancreatitis se asocia con un incremento significativo en la mortalidad, incluso en ausencia de otras disfunciones orgánicas (17). El hecho de que el paciente no haya requerido ingreso a unidad de cuidados intensivos ni soporte vasopresor puede explicarse por la detección temprana y el abordaje oportuno mediante CPRE, procedimiento que permitió la resolución de la obstrucción biliar en forma efectiva. Este desenlace favorable es concordante con lo reportado por van Voiosu y colaboradores, quienes señalan que el tratamiento endoscópico precoz en pacientes con colangitis y

PAB grave mejora la evolución clínica y reduce complicaciones (18).

## CONCLUSIÓN

Este caso ilustra una forma severa pero manejable de pancreatitis aguda biliar con colangitis e insuficiencia renal, cuya evolución favorable refuerza la importancia de un enfoque diagnóstico precoz, el uso de criterios clínicos validados y la intervención endoscópica temprana como pilares fundamentales en el manejo de estos pacientes..

## Financiamiento

Autofinanciado

## Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chen PJ, Wang L, Peng YF, Chen N, Wu AW. Surgical intervention for malignant bowel obstruction caused by gastrointestinal malignancies. *World J Gastrointest Oncol*. 15 de marzo de 2020;12(3):323-31.
2. Li H, Sun D, Sun D, Xiao Z, Zhuang J, Yuan C. The Diagnostic Value of Coagulation Indicators and Inflammatory Markers in Distinguishing Between Strangulated and Simple Intestinal Obstruction. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. diciembre de 2021;31(6):750.
3. Scaglione M, Galluzzo M, Santucci D, Trinci M, Messina L, Laccetti E, et al. Small bowel obstruction and intestinal ischemia: emphasizing the role of MDCT in the management decision process. *Abdom Radiol*. 1 de mayo de 2022;47(5):1541-55.
4. Detz DJ, Podrat JL, Muniz Castro JC, Lee YK, Zheng F, Purnell S, et al. Small bowel obstruction. *Curr Probl Surg*. 1 de julio de 2021;58(7):100893.
5. Gachabayov M, Bergamaschi R. Colorectal Surgery in the Elderly. En: Latifi R, editor. *Surgical Decision Making in Geriatrics: A Comprehensive Multidisciplinary Approach* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [citado 20 de julio de 2024]. p. 259-82. Disponible en: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-47963-3\\_21](https://doi.org/10.1007/978-3-030-47963-3_21)
6. Nightingale JMD. Insertion, Types and Care of Enteral Feeding Tubes. En: Nightingale JMD, edi-

tor. Intestinal Failure [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2023 [citado 20 de julio de 2024]. p. 489-512. Disponible en: [https://doi.org/10.1007/978-3-031-22265-8\\_32](https://doi.org/10.1007/978-3-031-22265-8_32)

7. Griffiths S, Glancy DG. Intestinal obstruction. *Surg Oxf*. 1 de enero de 2023;41(1):47-54.

8. Quero G, Covino M, Laterza V, Fiorillo C, Rosa F, Menghi R, et al. Adhesive small bowel obstruction in elderly patients: a single-center analysis of treatment strategies and clinical outcomes. *Scand J Gastroenterol* [Internet]. 3 de julio de 2021 [citado 20 de julio de 2024]; Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00365521.2021.1921256>

9. Li R, Quintana MT, Lee J, Sarani B, Kartiko S. Timing to surgery in elderly patients with small bowel obstruction: an insight on frailty. *J Trauma Acute Care Surg*. 11 de enero de 2023;10.1097/TA.0000000000004410.

10. Lim T, Tham HY, Yaow CYL, Tan IJW, Chan DKH, Farouk R, et al. Early surgery after bridge-to-surgery stenting for malignant bowel obstruction is associated with better oncological outcomes. *Surg Endosc*. 1 de diciembre de 2021;35(12):7120-30.

11. Aboelezz AF, Othman MO. Endoscopic Management of Colonic Obstruction. *Gastrointest Endosc Clin*. 1 de enero de 2024;34(1):141-53.

12. Lavoie J, Smith A, Stelter A, Uhing M, Blom K, Goday PS. Reining in Nasogastric Tubes: Implementation of a Pediatric Bridle Program. *J Pediatr Nurs*. 1 de noviembre de 2021;61:1-6.

13. Liaqat R, Majeed AI, Liaqat B, Shafi A, Riaz R, Akhtar S. Diagnostic Accuracy of Ultrasound for Small Bowel Obstruction in Paediatric Population Undergoing Laparotomy Keeping Surgical Findings as the Gold Standard. *Pak Armed Forces Med J*. 6 de septiembre de 2022;72(4):1351-4.

14. Tong JWV, Lingam P, Shelat VG. Adhesive small bowel obstruction – an update. *Acute Med Surg*. 2020;7(1):e587.

15. Singh M, Spertus JA, Gharacholou SM, Arora RC, Widmer RJ, Kanwar A, et al. Comprehensive Geriatric Assessment in the Management of Older Patients With Cardiovascular Disease. *Mayo Clin Proc*. 1 de junio de 2020;95(6):1231-52.

16. Brindle ME, McDiarmid C, Short K, Miller K, MacRobie A, Lam JYK, et al. Consensus Guidelines for Perioperative Care in Neonatal Intestinal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations. *World J Surg*. 1 de agosto de 2020;44(8):2482-92.

