



Pancreatitis aguda edematosa secundaria a leptospirosis complicada

Acute edematous pancreatitis secondary to complicated leptospirosis

Luis Enrique Jiménez-Franco^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-6760-8884>

Dianelys María Gutiérrez Pérez¹ <https://orcid.org/0000-0001-8875-1623>

Naila García-Pérez² <https://orcid.org/0000-0003-2978-0728>

Alejandro Sirio Vázquez² <https://orcid.org/0000-0001-6067-8591>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Raúl Dorticós Torrado”. Cienfuegos, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Hospital Provincial Universitario Clínico-Quirúrgico “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: luis940@nauta.cu

RESUMEN

Introducción: La pancreatitis aguda es la inflamación aguda del páncreas como consecuencia de la actividad enzimática intrínseca. Su presentación secundaria a la leptospirosis complicada es rara y poco documentada.

Objetivo: Describir un caso de pancreatitis aguda por leptospirosis complicada.

Presentación de caso: Paciente de 54 años, blanco, masculino, trabajador agrícola. Presentó fiebre de 38 °C (que cedió con antipiréticos), artralgia, mialgia, cefalea, dolor lumbar y dolor abdominal en epigastrio. Se diagnosticó leptospirosis complicada. Manifestó evolución clínica poco favorable con aumento y variabilidad del dolor abdominal. Se operó de urgencia mediante laparotomía exploradora, se constató pancreatitis aguda edematosa. Presentó evolución clínica favorable.



Conclusiones: La pancreatitis aguda, secundaria a leptospirosis complicada es una forma de presentación rara y atípica. El cuadro clínico puede ser confundido por otras enfermedades, de ahí la importancia del uso oportuno del método clínico y prevenir complicaciones

Palabras clave: enfermedad de Weil; leptospirosis; pancreatitis.

ABSTRACT

Introduction: Acute pancreatitis is defined as acute inflammation of the pancreas as a consequence of intrinsic enzymatic activity. Its presentation secondary to complicated leptospirosis is rare and poorly documented.

Objective: To describe a case of acute pancreatitis due to complicated leptospirosis.

Case presentation: 54-year-old patient, white, male, agricultural worker. She presented a fever of 38 °C (which subsided with antipyretics), arthralgia, myalgia, headache, low back pain, and abdominal pain in the epigastrium. Complicated leptospirosis was diagnosed. He manifested unfavorable clinical evolution with increased and variability of abdominal pain. An exploratory laparotomy was operated urgently, edematous acute pancreatitis was confirmed. He presented favorable clinical evolution.

Conclusions: Acute pancreatitis secondary to complicated leptospirosis is a rare and atypical form of presentation. The clinical picture can be confused by other diseases; hence the importance of timely use of the clinical method and prevent complications

Keywords: Weil's disease; leptospirosis; pancreatitis.

Recibido: 05/09/2022

Aprobado: 11/03/2023



INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA) es la inflamación aguda del páncreas a consecuencia de la actividad enzimática intrínseca. Forma parte de las enfermedades trazadoras del abdomen agudo; con elevada tasa de mortalidad y morbilidad de un 30-50 % de los casos graves.^(1,2)

Presenta mayor incidencia entre los 40 y 60 años. Su incidencia es diferente según la región analizada y las características demográficas. En el continente americano sobresale EE.UU. con un promedio de más de 250 000 ingresos anuales.⁽²⁾ En Cuba, la PA no corresponde con las principales causas de muerte (ocupa el puesto 25), sin embargo, se ubica entre las afecciones quirúrgicas de mayor gravedad e ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI).⁽³⁾ *Estepa-Ramos* y otros⁽¹⁾ determinaron que entre 2018 y 2020 se reportaron en Cienfuegos 98 casos de PA (24,12 por 100 000 habitantes en los años analizados). La PA posee muchos de factores de riesgo. Sobresalen las afecciones de las vías biliares (40 % de los casos) y el alcoholismo (30 %). Le siguen el tabaquismo, la hipertrigliceridemia, el uso prolongado de fármacos (tetraciclinas, esteroides, sulfamidas y otros), mutaciones genéticas y los traumas abdominales penetrantes.^(4,5)

Las infecciones comprenden causas de PA; sobresale la leptospirosis (Lep). La Lep es una enfermedad zoonótica propia de los países tropicales transmitida de los animales al hombre. Su agente causal pertenece a la familia de *Leptospiraceae* y al orden *Spirochaetales*. El cuadro clínico implica un desarrollo asintomático entre el 16-40 % de los casos. Por su parte la Lep sintomática comprende las etapas anictérica e icterica (síndrome de Weil o fase inmunitaria).^(6,7)

La fase inmunitaria se caracteriza por un daño a cualquier tejido del organismo, con mayor preferencia en el hepático y renal. Resalta entonces, que las alteraciones pancreáticas sean poco documentadas a consecuencia de los niveles elevados de debe decir: “amilasa, lipasa o ambas se corresponden con la insuficiencia renal.”⁽⁷⁾

La escasa referencia en la literatura de PA secundaria a Lep supone un reto para el personal médico. Requiere la necesidad de hacer uso adecuado del método clínico con el objetivo de diagnosticar de manera temprana y oportuna esta entidad.

El objetivo de esta presentación es describir un caso de pancreatitis aguda por leptospirosis complicada.



CASO CLÍNICO

Paciente de 54 años, blanco, masculino, sin antecedentes patológicos personales, fumador inveterado, consumidor de bebidas alcohólicas hasta hace un año y trabajador agrícola. Acude al Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” por presentar fiebre de 38 °C, que cede con antipiréticos. Además, presentaba artralgia, mialgia, cefalea, dolor lumbar y dolor abdominal, en epigastrio.

Se constató al examen físico, piel, mucosas y tejido celular subcutáneo sin alteraciones; sistemas respiratorio, cardiovascular y nervioso sin alteraciones; abdomen excavado, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio; hepatomegalia de ± 2 cm; sistema nervioso sin alteraciones.

Los exámenes complementarios arrojaron los siguientes resultados: hemoglobina (Hb) 10,8 g/L, hematocrito (Hto) 0,40, creatinina 234 $\mu\text{mol/L}$, conteo de plaquetas 180×10^9 cel/L, leucograma $7,5 \times 10^9$ cel/L. Se indica tomografía axial computarizada (TAC) que informó: riñón izquierdo, uréteres y vejiga presentan características normales. Riñón derecho (RD) de tamaño normal, con parénquima afinado, dilatación moderada del sistema calicial; hidronefrosis moderada del RD sin precisar obstáculos.

A partir de los datos obtenidos en el interrogatorio, examen físico y complementarios se planteó síndrome febril agudo y síndrome de insuficiencia renal aguda. Se diagnosticó una leptospirosis complicada.

Tres días posteriores al ingreso presenta un cuadro de hipotensión, diuresis escasa y persistencia del dolor abdominal que evoluciona a carácter difuso en el abdomen con reacción peritoneal hacia fosa iliaca derecha. Signo de Blumberg. Se traslada a la UCI donde se inicia tratamiento con drogas vasoactivas. Se logra tensión arterial de 80/50 mmHg.

Se indican complementarios: Hb: 10,5 g/L, Hto: 0,34, leucograma $12,4 \times 10^9$ cel/ con predominio de segmentados (0,87), creatinina 418 $\mu\text{mol/L}$, conteo de plaquetas 175×10^9 cel/L, amilasa sérica 790 u/L, glicemia 8,2 mmol/L. Ultrasonido abdominal: hígado con ligero aumento de tamaño, vesícula biliar con bilis de estasis que ocupan el 50 % de esta, páncreas y bazo de características normales. Riñones de características normales con parénquima conservado. Vejiga de características normales. Líquido libre en espacio de Morrison.

A partir de los datos obtenidos se solicita interconsulta con el servicio de cirugía general. Se decide su intervención de urgencia mediante laparotomía exploradora (LP) y conducta consecuente.



Durante el transoperatorio se constata líquido libre en la cavidad abdominal (CA) de aspecto cetrino (de color amarillo claro transparente, no fétido), en mayor proporción en la porción abdominal baja el cual se aspira, páncreas aumentado de tamaño y duro en toda su extensión. No se constatan signos de necrosis, colecciones ni de citoesteatonecrosis. Retroperitoneo abombado. Resto de la CA de aspecto normal. Se procede a realizar limpieza de la CA y cierre de la herida quirúrgica. Se diagnostica pancreatitis aguda edematosa secundaria a leptospirosis complicada. Presentó evolución clínica favorable posterior a la intervención quirúrgica.

COMENTARIOS

La Lep comprende el amplio grupo de zoonosis que azotan al hombre. Su mayor prevalencia se evidencia en zonas del trópico, en este sentido, en Cuba se considera como una enfermedad endemo-epidémica; según refieren *Pérez Bastida y otros*.⁽⁸⁾

Los factores más importantes para el desarrollo de esta enfermedad incluyen condiciones de higiene precarias, las características climáticas y geográficas de un territorio; además de la ganadería y la agricultura.⁽⁸⁾ Este criterio se fundamenta por una investigación realizada en Cienfuegos con un predominio de trabajadores agrícolas (47,4 %).⁽⁹⁾ Al analizar el presente caso, existe relación con este criterio pues el paciente desempeñó su labor como trabajador agrícola. Esta razón fundamenta la importancia de un adecuado interrogatorio para el diagnóstico de cualquier entidad clínica.

El cuadro clínico de la Lep cursa por 2 etapas: una asintomática y otra sintomática (su pronóstico varía según la gravedad de los síntomas, que pueden llegar a situaciones graves de afectación orgánica). El cuadro sintomático comprende una etapa leve (artralgia, mialgia, cefalea, fiebre); la etapa complicada por afectación a órganos dianas como los riñones y otros.⁽¹⁰⁾ Al compararse con el presente caso, lo expresado fundamenta el diagnóstico de Lep complicada en el paciente a partir de las cifras elevadas de creatinina; lo que sugirió afectación renal corroborada por la TAC, a pesar de la presencia de síntomas sugestivos a la etapa leve sintomática.

Las lesiones orgánicas en el síndrome de Weil no solo se remiten al hígado y riñones. El páncreas sufre alteraciones en su estructura que puede condicionar la PA secundaria a Lep; poco referenciada en la



literaria médica. Se enmascara por la disfunción renal.^(7,10) Este criterio concuerda con el caso en cuestión al realizarse el diagnóstico mediante exploración quirúrgica a pesar del paciente presentar factores de riesgos propios de la PA.

La PA se caracteriza por dolor abdominal fuerte y constante en epigastrio que se irradia a la espalda. Puede acompañarse de vómitos y náuseas.⁽¹¹⁾ Sin embargo, es importante resaltar que estos síntomas son equivalentes a varias enfermedades abdominales de curso aguda como apendicitis y colecistitis; razón que puede retardar el diagnóstico oportuno y la importancia de un correcto diagnóstico diferencial. Si existe un cuadro previo, como la Lep, se hace aún más complejo. Estos criterios pueden apoyar la escasez de esta complicación de la Lep en la literatura y la relación que existe entre el presente caso y el presentado por *Castillo* y otros.⁽¹²⁾

La elección de la LP como tratamiento quirúrgico depende de las características de los síntomas y su evolución o situaciones especiales en las cuales se requiera una visión general o la exploración detallada del abdomen. Aporta al cirujano una panorámica amplia de la CA, además de un mayor campo de acción.⁽¹³⁾ Fundamenta su elección para el abordaje quirúrgico del paciente a consecuencia de la variabilidad de los síntomas, en especial, la evolución del dolor abdominal.

La pancreatitis aguda, secundaria a leptospirosis complicada es una forma de presentación rara y atípica. El cuadro clínico puede ser confundido por otras enfermedades; de ahí la importancia del uso oportuno del método clínico y prevenir complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estepa-Ramos J, Santana-Pedraza T, Estepa-Pérez J, Acea-Paredes Y, Pérez-García R. Caracterización clínicoquirúrgica de pacientes con pancreatitis aguda. Cienfuegos, 2018-2020. Medisur. 2021 [acceso: 11/11/2021];19(2):1-14. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5012>
2. Pérez F, Arauz Valdés E. Pancreatitis Aguda: Artículo de Revisión. Rev Méd Cient. 2020 [acceso:11/11/2021]; 33(1):67-88. Disponible en: <https://doi.org/10.37416/rmc.v33i1.570>



3. Colectivo de autores. Anuario Estadístico de Salud, 2020. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2021. [acceso: 11/11/2021]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/08/Anuario-Estadistico-Español-2020-Definitivo.pdf>
4. Bustamante Duron D, García Laínez A, Umanzor García W, Leiva Rubio L, Barrientos Rosales A, Diek Romero L. Pancreatitis Aguda: Evidencia Actual. Arch Med. 2018 [acceso: 11/11/2021]; 14(14):1-10. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6373539>
5. Ojeda Ojeda MJ, González Aguilera JC, Frómeta Guerra A, Palacio Ojeda L. Factores que al ingreso influyen en la evolución de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda. MULTIMED. 2021 [acceso: 11/11/2021]; 16(3):1-14. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/565/920>
6. Céspedes M. Leptospirosis: enfermedad zoonótica reemergente. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2005 [acceso: 11/11/2021]; 22(4):1-18. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342005000400008
7. Zambrano Sánchez G, Zambrano J, Mosquera Moyano F. Afectación pancreática en infección por leptospirosis. Rev Cient Digi INSPIL. 2017 [acceso: 11/11/2021]; 1(1):1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.31790/inspilip.v1i1.20.g26>
8. Pérez Bastida JA, Osés Rodríguez R, Fimia Duarte R, Cepero Rodríguez O, Iannacone J, Pérez Taboada BE, et al. Leptospirosis y su relación con algunas variables climáticas en el municipio de Santa Clara Villa Clara, Cuba. Biotempo. 2017 [acceso: 13/11/2021]; 17(4):57-69. Disponible en: <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/Biotempo/article/view/840>
9. Águila Rodríguez N, Delgado Acosta HM, Montenegro Calderón T, Rodríguez Buergo D, Rodríguez Fernández L, Rodríguez Castro R. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con leptospirosis en el municipio Cumanayagua. Provincia Cienfuegos. 2007-2017. MediSur. 2018 [acceso: 13/11/2021]; 16(6):1-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000600003
10. Carranza Zamora AJ, Chang Fonseca D, Gutierrez López Y. Leptospirosis y enfermedad de Weil. Rev. Méd. Sinerg. 2020 [acceso: 13/11/2021]; 5(3):1-12. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/346>



11. Garro Urbina V, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. RMS. 2020 [acceso: 13/11/2021]; 5(7):1-16. Disponible en:

<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/537>

12. Castillo J, Álvarez M, Hernández ME, Mullings N, Medina R. Pancreatitis por leptospira: a propósito de un caso. Rev Soc Ven de Gastr. 2006 [acceso: 13/11/2021]; 60(3):1-3. Disponible en:

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032006000300013

13. Barrera Medrano SL, Bran Pozuelos BE. Principales causas de laparotomía exploradora en pacientes adultos mayores que ingresan al servicio de emergencia de cirugía del Hospital General San Juan de Dios [Tesis de maestría]. Guatemala. Universidad Galileo; 2017 [acceso: 13/11/2021].

Disponible en: <http://biblioteca.galileo.edu/tesario/handle/123456789/718>

Conflictos de interés

No se declaran conflictos de intereses. No se recibió financiación.