

## **Pancreatitis enfisematosa. Evaluación y seguimiento mediante TC.**

**Tipo:** Presentación Electrónica Educativa

**Autores:** **Teresa Domínguez Cejas**, Ana Fernández Martínez, Laura López González, María José Fernández Bermúdez

### **Objetivos Docentes**

- La pancreatitis enfisematosa es una complicación infrecuente y severa de la pancreatitis aguda.
- Conviene recalcar la importancia de la tomografía computerizada (TC) para el manejo clínico, diagnóstico y emplear el tratamiento más adecuado (antibioterapia sistémica, drenaje o necrosectomía).

### **Revisión del tema**

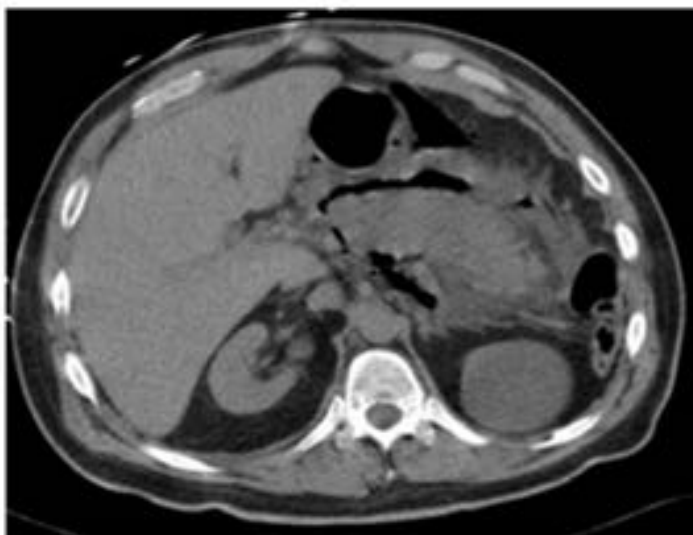
- La pancreatitis enfisematosa se produce como consecuencia de una obstrucción del conducto pancreático con liberación de enzimas hacia el intersticio glandular .
- La etiología puede ser idiopática, o deberse a iatrogenia, pancreatitis aguda complicada, abscesos intraabdominales o fistulas entéricas.
- Bacterias tales como Escherichia coli, Staphylococcus, Streptococcus, Klebsiella y Pseudomonas, producen dióxido de carbono y nitrógeno secundarios a la fermentación de la glucosa, lo que condiciona la formación de gas intra y/o peripancreático.
- Se presenta el caso de un paciente varón de 50 años de edad sin antecedentes de interés, que ingresa por fiebre y dolor epigástrico de 12 horas de evolución, disnea e inestabilidad hemodinámica, por lo que se decide intervención con carácter urgente tras realizar Tomografía Computerizada (TC) abdominal sin contraste.
- Tras la cirugía, se descartó la perforación de viscera hueca, confirmando junto con los hallazgos histológicos, la presencia de una pancreatitis enfisematosa necrotizante.
- En la TC de control, el páncreas (cuerpo y cola) presenta una morfología globulosa, de contornos desflecados y mal definidos, con presencia variable de líquido, y múltiples colecciones organizadas con abundante gas peripancreático y retroperitoneal.
- Se obtuvo un score de 8 en la escala de Balthazar, con necrosis pancreática entre el 30-50%, e índice de severidad por TC grave.
- Finalmente se realizó quistogastrostomía con prótesis tras necrosectomía con evolución satisfactoria.

Temporalmente, se colocó un drenaje postoperatorio con yeyunostomía de alimentación.

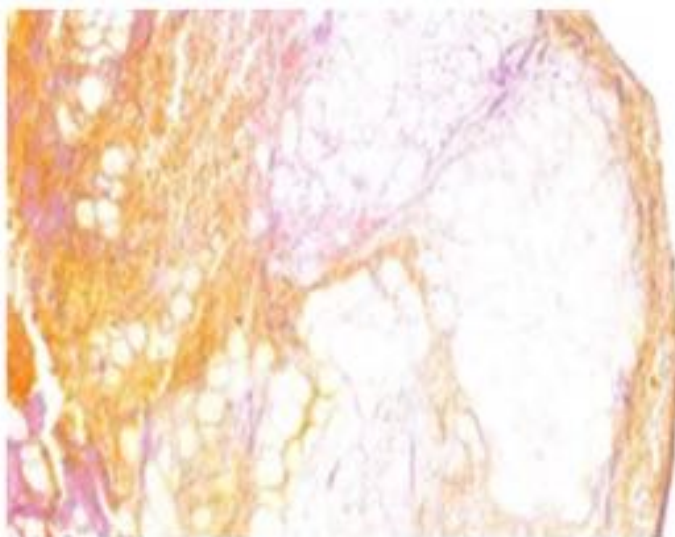
**Imágenes en esta sección:**



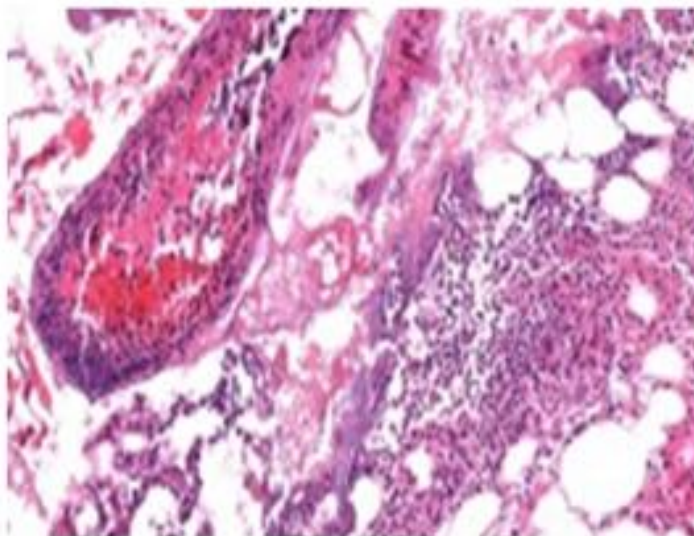
**Fig. 1:** Se identificó una gran hernia de hiato, con gas adyacente en mediastino posterior.



**Fig. 2:** Neumoperitoneo en epigastrio, en la transcavidad de los epiplones y en hipocondrio izquierdo.



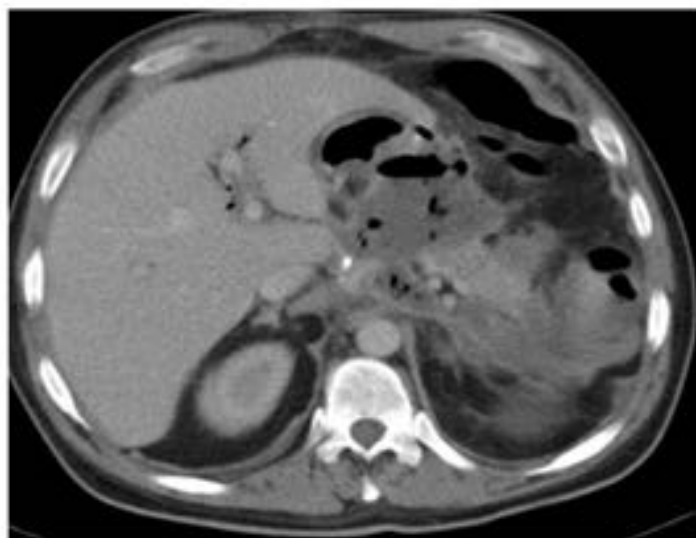
**Fig. 3:** A) Cápsula pancreática: Tejido fibroadiposo con necrosis enzimática secundaria a pancreatitis aguda.



**Fig. 4:** B) Fragmento de epiplon: Tejido adiposo recubierto por peritoneo con inflamación necrotizante y hemorrágica secundaria a pancreatitis aguda.



**Fig. 5:** Tomografía Computarizada de control. Colección en mediastino posterior.



**Fig. 6:** Tomografía Computerizada de control. Colecciones y gas en región peripancreática con afectación de la grasa adyacente y líquido.



**Fig. 7:** Prótesis tras necrosectomía. Evolución satisfactoria.

## Conclusiones

- Las infecciones enfisematosas abdominales suelen tener mal pronóstico y elevada tasa de mortalidad, por lo que un diagnóstico temprano y un tratamiento eficaz son primordiales en el manejo de esta patología.
- La TC se considera la técnica de elección, permitiendo localizar la extensión del proceso y realizar el seguimiento evolutivo.
- También permite detectar complicaciones tales como abscesos o colecciones y determinar el grado de necrosis glandular.

## Bibliografía / Referencias

- Federle MP, Jeffrey RB, Crass RA, Van Dalsem V. Computed tomography of pancreatic abscesses. AJR Am J Roentgenol 1981; 136:879-882.
- Torres WE, Clements JL, Jr, Sones PJ, Knopf DR. Gas in the pancreatic bed without abscess. AJR Am J Roentgenol 1981; 137:1131-1133.
- David E. Grayson, Capt, USAF, MC, Robert M. Abbott, Lt Col, USAF, MC, Angela D. Levy, et cols. Emphysematous Infections of the Abdomen and Pelvis: A Pictorial Review. Radiographics 2002;22:

543-561.

•"Emphysematous pancreatitis predisposed by Olanzapine", Sukhen Samanta et cols. Indian J Anaesth. 2014 May-Jun; 58: 323–326.

•"Emphysematous pancreatitis", N.A Porter et cols. Oxford Journals, August 2010.