



IMAGEN CLÍNICA EN GASTROENTEROLOGÍA

Inflamación pancreática letal: pancreatitis enfisematosa extensa diagnosticada por tomografía computarizada



Fatal pancreatic inflammation: Extensive emphysematous pancreatitis diagnosed by computed tomography

S. Junquera-Olay*, S. Baleato-González y R. García-Figueiras

Servicio de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

Mujer de 82 años diabética, con cuadro clínico de vómitos y dolor abdominal. En el servicio de urgencias se le realizó una analítica sanguínea, donde se objetivaron cifras de amilasa y lipasa séricas de 2,141 UI/l y de 12,864 UI/l, respectivamente. No tenía antecedentes de procedimiento endoscópico biliar previo. Al cabo de unas horas comenzó con signos de choque. Por ello se decidió realizar una TC abdomino-pélvica para descartar complicaciones. En axial, a nivel del páncreas, y el polo superior de los riñones, se aprecia enfisema en el parénquima pancreático que se extiende hacia la grasa mesentérica y perirrenal izquierda, asociado a líquido ascítico (fig. 1). A nivel hepático, identificamos aerobilia, así como la presencia de gran cantidad de gas intraabdominal (fig. 2). En la reconstrucción coronal, se visualiza mejor el gas en la vesícula biliar, tanto a nivel parietal como endoluminal, así como en la vía biliar y en las ramas portales (fig. 3). El proceso fue tan extenso, que causó neumoperitoneo y se propagó hacia el mediastino



Figura 1 Corte axial de la TC a nivel del páncreas, de la vesícula biliar y del polo superior de los riñones, en el que se aprecia enfisema en el parénquima pancreático que se extiende hacia la grasa mesentérica y perirrenal izquierda, asociado a líquido ascítico y neumoperitoneo.

periesofágico hasta provocar enfisema del tejido celular subcutáneo del cuello (fig. 4).

Nos encontrábamos ante una pancreatitis enfisematosa, una rara y grave complicación de la pancreatitis aguda, con

* Autor para correspondencia. Servicio de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Avenida Da Choupana s/n, 15706 Santiago de Compostela, A Coruña, España.
Correo electrónico: junqueraolays@gmail.com
(S. Junquera-Olay).



Figura 2 Corte axial a nivel hepático, donde se identifica aerobilia, así como la presencia de gran cantidad de gas intraabdominal.

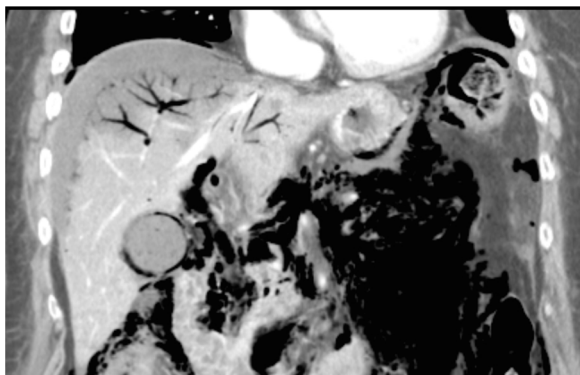


Figura 3 Corte coronal de la misma paciente, donde se visualiza mejor el gas en la vesícula biliar, tanto a nivel parietal como endoluminal, así como en la vía biliar y en las ramas portales.

un índice de mortalidad superior al 35%. Se caracteriza por la presencia de gas en y/o alrededor de la glándula pancreática debido a una infección necrosante por bacterias productoras de gas. La paciente entró en la unidad de cuidados intensivos y finalmente acabó en fallo multiorgánico



Figura 4 El proceso fue tan extenso que causó neumoperitoneo y se propagó hacia el mediastino periesofágico hasta provocar enfisema del tejido celular subcutáneo del cuello.

falleciendo 6 h después de la realización de la prueba de imagen, habiendo transcurrido 34 h desde que acudió a urgencias. La rapidez de instauración del cuadro podría explicarse por el antecedente de diabetes mellitus que pudo haber atenuado la sintomatología de la paciente retrasando el diagnóstico, o debido a que la pancreatitis se acompañara de una perforación de víscera hueca, pese a que no se identificaron signos radiológicos definitivos que confirmasen esa hipótesis.

Financiación

No se ha recibido ningún tipo de financiación externa para la realización de este manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.