

Reporte de caso

PANCREATITIS AGUDA NECROSANTE ASOCIADA AL VIRUS DE LA INFLUENZA TIPO A: REPORTE DE CASO

Vivian Katherine Brand¹, Jessica Paola Velandia², Johanna María Bolaños³

1. Residente de pediatría. Fundación Universitaria Ciencias de la Salud - FUCS

2. Servicio de Urgencias Pediátricas Clínica Universitaria Colombia. Fundación Universitaria Sanitas. Bogotá. Colombia

3. Departamento de Pediatría. Fundación Universitaria Sanitas. Bogotá. Colombia

RESUMEN

La pancreatitis aguda es una alteración inflamatoria del páncreas, caracterizada por dolor abdominal y elevación de las enzimas pancreáticas. La pancreatitis aguda necrosante es una complicación grave asociada a altas tasas de morbilidad y mortalidad en población adulta; en población pediátrica es una entidad poco frecuente, ocurre en menos del 1% de los casos. Se ha visto asociada a múltiples etiologías, entre ellos agentes infecciosos como el virus de la Influenza A. En esta oportunidad reportamos un caso de un paciente de 21 meses de edad con virus Influenza A positivo que cursó con pancreatitis aguda.

Palabras clave: pancreatitis, pancreatitis aguda necrotizante, Virus de la Influenza A.

DOI: 10.26852/01234250.4

NECROTIZING ACUTE PANCREATITIS AND INFLUENZA A: CASE REPORT

ABSTRACT

The acute pancreatitis is a sudden inflammation of the pancreas, characterized by abdominal pain and elevations of serum pancreatic enzymes. Necrotizing acute pancreatitis is a significant complication associated with high morbidity and mortality rate in adult population, nevertheless, in pediatric population it is exceptional. This happens in less than 1% of cases. This has been associated to different etiologies some infectious agents such as A type of influenza virus. In this study we selected a case occurred to a 21 months old patient with type A influenza virus positive, who treated with acute pancreatitis.

Keywords: pancreatitis; necrotizing, acute pancreatitis; Influenza A virus.

Recibido: 22 de marzo de 2017

Aceptado: 31 de mayo de 2018

Correspondencia: Jemabra60@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA), es una enfermedad poco frecuente en la edad pediátrica, en estudios recientes se estima que su incidencia es de 1/10.000 niños por año. (1) En pocos casos llega a complicarse, teniendo un riesgo alto de morbimortalidad, su complicación más grave, la necrosis pancreática, ocurre en menos del 1 % de los casos. (2)

La PA se define como el proceso inflamatorio agudo del páncreas originado por activación, liberación intersticial y auto digestión de la glándula por sus propias enzimas, lo que provoca una lesión del tejido (3).

La etiología de la PA en pediatría es muy diversa, a diferencia de los adultos en que la mayoría de los casos son secundarios a patología biliar obstructiva o por alcohol, en los niños encontramos múltiples causas como: trauma, medicamentos, enfermedades sistémicas, hereditarias, idiopáticas o infecciosas. Dentro de las causas infecciosas se ha visto asociación con agentes virales como: parotiditis, sarampión, virus de la hepatitis A y B, varicela zóster, Epstein Barr, citomegalovirus, Influenza A, entre otros.(4)(5).

El dolor abdominal es el síntoma principal, en adultos ocurre en más del 90 % y en pacientes pediátricos jóvenes se presenta también como un síntoma cardinal, mientras que el vómito es un síntoma frecuente en pacientes más pequeños, también pueden cursar con fiebre, ictericia, dolor lumbar, diarrea, alteración del estado de conciencia (5)

Para el diagnóstico se requiere de la presencia de dos de los siguientes tres criterios: 1) Dolor abdominal compatible con PA. 2) Enzimas pancreáticas (amilasa o lipasa séricas) tres veces por encima del valor normal. 3) Imágenes con hallazgos característicos de PA, ecografía y TC abdominal (2)(3). Se destaca la importancia de la toma de TC abdominal, no como imagen de diagnóstico inicial, sino por el gran valor que tiene para identificar complicaciones y estimar la gravedad de la enfermedad.

El pronóstico de la PA en la mayoría de los casos es favorable, ya que la pancreatitis severa es poco frecuente en pediatría, tiene una tasa de mortalidad y asociación a complicaciones sistémicas menor del 10 % en niños (2).

TABLA 1. ÍNDICE DE BALTHAZAR. ÍNDICE TOMOGRÁFICO SEVERIDAD DE LA PANCREATITISAGUDA

| | |
|--|---|
| Páncreas normal | 0 |
| Aumento difuso o focal del páncreas | 1 |
| Inflamación peripancreática | 2 |
| Colección líquida única | 3 |
| Dos o más colecciones | 4 |
| EXTENSIÓN DE LA NECROSIS | |
| Ausencia de necrosis | 0 |
| < 30% | 2 |
| 30% al 50% | 4 |
| >50% | 6 |
| Total, de 0-10 puntos. Entre 4-6 puntos mortalidad de 17-42%, entre 7 - 10 mortalidad cercana al 97%. (Nivel de Evidencia:III - Grado de recomendación: D) | |

Fuente: Raizner Phatak y cols. (1).

REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 21 meses de edad con cuadro clínico de 11 horas de evolución consistente en múltiples episodios eméticos, asociado a dolor y distensión abdominal. Ingresa al servicio de urgencias de una institución de IV nivel de atención en Bogotá- Colombia con antecedente de egreso hospitalario (de la misma institución) hace dos semanas por cuadro bronco-obstructivo más neumonía basal derecha por virus Influenza A, (diagnóstico que se realiza mediante panel viral respiratorio por técnica de inmunocromatografía). Ingresa en mal estado general, con deshidratación grado III, taquicárdico, abdomen distendido, doloroso a la palpación y defensa abdominal voluntaria.

Se ingresa a reanimación para manejo de choque, se coloca SNG con importante drenaje bilioso, se realizan exámenes complementarios: hemograma con leucocitosis más neutrofilia (Figura 1, 2 y 3), gases arteriales con acidosis metabólica compensada, radiografía de abdomen ausencia de gas distal (Imagen 1) y ecografía abdominal donde se evidencia líquido libre en cavidad (Imagen 2). Se toman hemocultivos, y por signos de respuesta inflamatoria sistémica se inicia cubrimiento antibiótico de amplio espectro con piperacilina/tazobactam.

FIGURA 1. Comportamiento de amilasa, durante estancia hospitalaria del paciente.

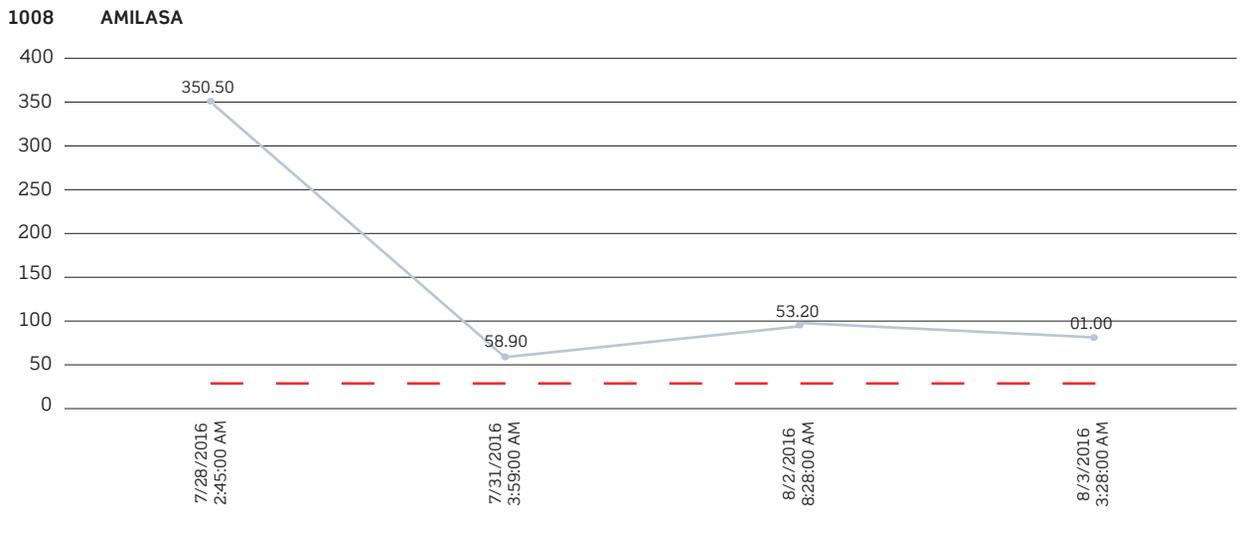


FIGURA 2. Comportamiento de albumina, durante estancia hospitalaria del paciente

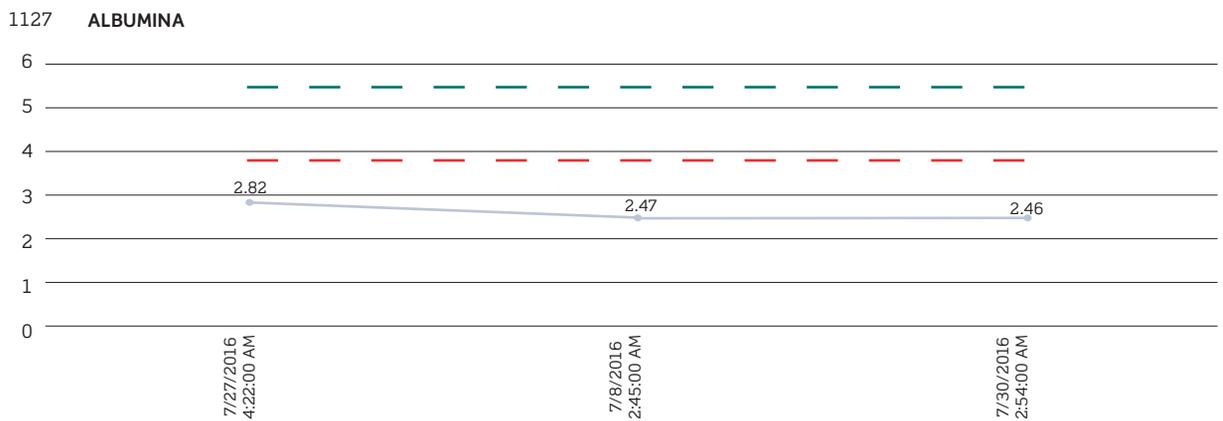


FIGURA 3. Comportamiento de leucocitos, durante estancia hospitalaria del paciente

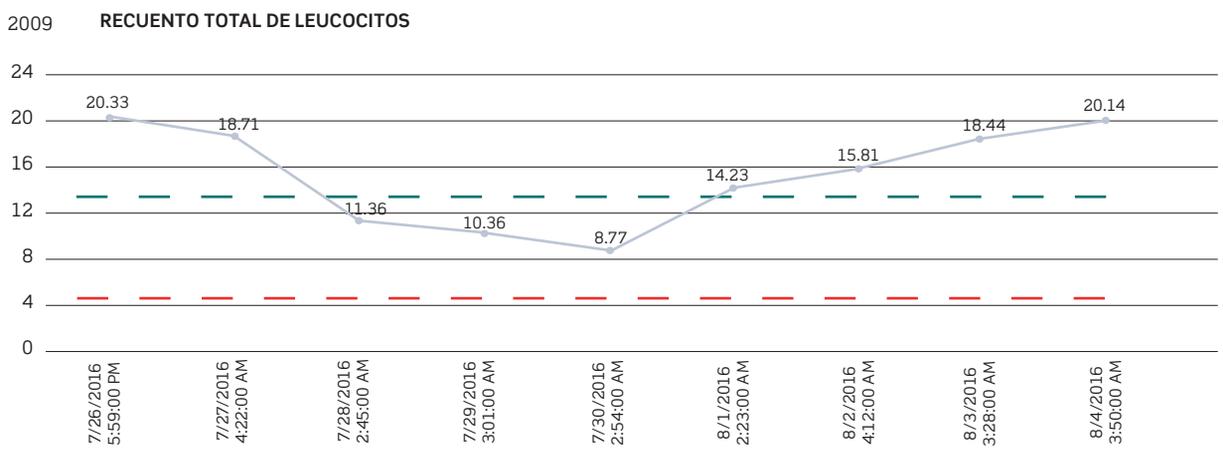
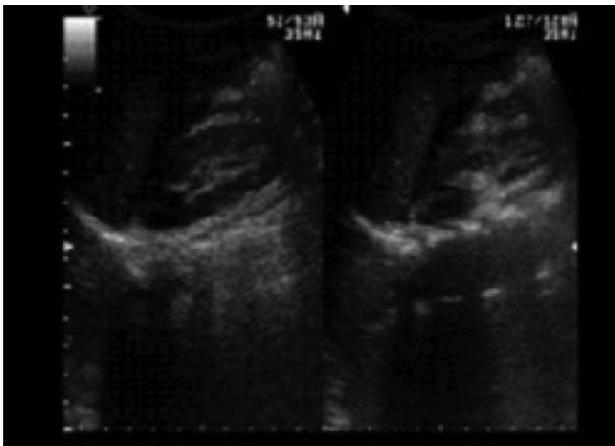


IMAGEN 1. Radiografía de abdomen



IMAGEN 2. Ecografía abdominal



Con diagnóstico de abdomen agudo se realiza laparotomía exploratoria encontrando abundante líquido serohemático intra-abdominal, equimosis y hematoma del epiplón mayor con puntos de esteatonecrosis y necrosis pancreática. El paciente queda con abdomen laparostomizado, permanece con estabilidad hemodinámica durante el procedimiento, ingresa a UCIP con ventilación mecánica, posteriormente presenta tendencia a la hipotensión y se inicia soporte con dopamina.

Se toma amilasa inicial (350.5 U/L), 72 horas después reportan hemocultivos y urocultivo negativos y se suspende terapia antibiótica, al cuarto día es programado para cierre de laparostomía y avance de sonda, se inicia

descenso de soporte inotrópico con adecuada tolerancia. Al séptimo día se realiza extubación programada sin complicaciones. Al décimo día, retiro de sonda avanzada e inicio de nutrición enteral total. Paciente con evolución clínica favorable y paraclínicos en mejoría, se consideró en conjunto con el servicio de infectología pediátrica y cirugía pediátrica cuadro compatible con pancreatitis necrosante de origen viral, secundario a infección por Influenza A, se da egreso al doceavo día de hospitalización.

DISCUSIÓN

Aunque la pancreatitis es una entidad poco frecuente en población pediátrica, es importante tener un alto índice de sospecha diagnóstica, puesto que su incidencia ha aumentado a nivel mundial con el transcurso del tiempo; establecer su etiología es un proceso complicado en muchos casos, pues puede obedecer a distintas causas, entre las más comunes trauma abdominal cerrado, disfunción del esfínter de Oddi, intoxicaciones, infecciones agudas, enfermedades metabólicas y exposición a fármacos.

Se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura en bases de datos nacionales, latinoamericanas (como Scielo) e internacionales (como PubMed), encontrando pocos casos de PA relacionada con influenza A (H1N1) en población pediátrica. Específicamente para Colombia no encontramos descritos reportes de casos, sin embargo, al investigar en la base de datos del Instituto Nacional de Salud, encontramos que para la semana epidemiológica 45 del 2016, dentro de las enfermedades respiratorias agudas en niños el virus Influenza ocupó el 18.7 % del total de las muestras analizadas (6268 muestras, el 53.7 % positivas para virus respiratorios) de los cuales el subtipo de Influenza A (H1N1) corresponde al 84 %, seguido por influenza B con el 10 % e influenza A (H3N2) con el 6 % (6). En el informe de evento de infección respiratoria aguda durante el año 2017 se reportaron al SIVIGILA 6.910 casos de enfermedad respiratoria aguda de los cuales fueron confirmados por laboratorio 1671 para virus respiratorios (24.2 %) donde el virus de la influenza fué positivo en 177 casos

(14 %) siendo predominante para ese año el subtipo A(H3N2) (7) cifras que llaman nuestra atención pues a pesar de que la PA secundaria a esta etiología es poco frecuente, en nuestro país la asociación a este virus es importante y muy relevante.

Dentro de los casos encontrados es de resaltar un reporte de caso en Argentina, de paciente pediátrico de sexo masculino de 2 años y 9 meses, el cual fue diagnosticado con pancreatitis aguda grave según clasificación de Balthazar, esta última circunstancia, hace de este caso el único en el que ha sido posible lograr la práctica de dicha clasificación, particularidad a resaltar.

En nuestro caso, el paciente de sexo masculino de 21 meses, presentó un cuadro de PA severo dado por su compromiso sistémico y su rápida evolución, cabe mencionar que en pediatría no existe una escala de gravedad establecida para la PA, (criterios de Ranson en adulto); sin embargo, si existen factores de mal pronóstico como: leucocitos de ingreso ($> 18500\text{mm}^3$), LDH ingreso ($> 2000\text{U/L}$), control a las 48 horas ingreso Ca^{2+} ($< 8.3\text{ mg/dl}$), albúmina ($< 2.6\text{ g/dl}$), BUN ($> 5\text{ mg/dl}$), donde al cumplir tres o más indica severidad (5). Inicialmente el paciente ingresa con diagnóstico de abdomen agudo y un antecedente importante de hospitalización previa por neumonía por virus Influenza A, en hallazgos quirúrgicos se encontró PA necrosante, por lo que se llegó a la conclusión de que el paciente desarrolló este cuadro de forma secundaria a la infección por virus de Influenza A.

Considerando el caso reportado en Argentina y el caso del presente análisis, es de anotar, que pese a que ambos pacientes llegan en mal estado general, con sig-

nos de choque séptico, abdomen agudo, requiriendo laparotomía exploratoria, en el paciente del presente reporte de caso no se realizó estudio imagenológico dado que los hallazgos intraoperatorios evidenciaron una necrosis pancreática, motivo por el cual no se realizó la clasificación de Balthazar, lo cual no interfirió en el pronóstico ni la evolución del paciente, pues este índice no es un predictor preciso del curso clínico.

Por último, es importante recordar algunas de las características del virus Influenza A, este se clasifica de acuerdo con dos proteínas presentes en la superficie del virus: hemaglutinina (H) y neuroaminidasa (N), las cuales difieren de cepa a cepa debido a su rápida mutación genética en el genoma viral. Existen 16 subtipos H y 9 subtipos N conocidos, de los cuales sólo H 1, 2 y 3, y N 1 y 2 se encuentran en humanos. En todo paciente pediátrico con síntomas respiratorios asociado a dolor abdominal, principalmente en época invernal, debe sospecharse PA como diagnóstico diferencial (8).

AGRADECIMIENTO

En esta oportunidad queremos agradecer a la doctora María Eugenia Niño, investigadora-unidad de investigaciones de la Fundación Universitaria Sanitas, por su colaboración en la revisión y redacción del presente manuscrito.

CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno declarado.

REFERENCIAS

1. Raizner A, Phatak UP, Baker K, Patel MG, Husain SZ, Pashankar DS, et al. Acute Necrotizing Pancreatitis in Children. 2015;162(4):788-92.
2. Aliye Uc. Death in Pediatric Intensive Care Unit: Not for Children whit Acude Pancreatitis. J Peatric Gastroenterol Nutr. 2015.61 (1).1-2
3. Pant C, Deshpande A, Olyae M, Anderson MP, Bitar A, Steele MI, et al. Epidemiology of acute pancreatitis in hospitalized children in the United States from 2000-2009. PLoS One. 2014;9(5):1-8.

4. Alarcón CO, Loreto Ávila MB, Tajmich V V. Pancreatitis aguda. Rev Chil Pediatr. 2008;79(5):516–21.
5. Suzuki M, Sai JK, Shimizu T. Acute pancreatitis in children and adolescents. World J Gastrointest Pathophysiol. 2014;5(4):416–26.
6. Ospina M, Martínez E, Pacheco O, Quijada H. Boletín Epidemiológico Semanal. ISSN 2357-6189: Bocanegra D; 2016[Consultado Septiembre 2017]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2016%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2045.pdf>
7. Malo D. Informe de evento vigilancia de Morbilidad por IRA. Instituto Nacional de Salud. Colombia. 2018. [Consultado Junio 2018]. Disponible en:<http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/IRA%20PE%20IV%202018.pdf>
8. Blum A, Podvitzky O, Shalabi R, Simsolo C. Acute pancreatitis may be caused by H1N1 influenza A virus infection. Isr Med Assoc J. 2010;12(October):640–1.