

## Ascitis pancreática

### Pancreatic ascites

Caridad Chao Pereira<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7876-5044>

Eduardo Córdoba Chaverra<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-2152-7456>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana, Cuba.

\* Autor para la correspondencia: [caridad.chao@infomed.sld.cu](mailto:caridad.chao@infomed.sld.cu)

#### RESUMEN

**Introducción:** La ascitis pancreática es una entidad de baja incidencia que ocurre generalmente como consecuencia a una pancreatitis crónica y se asocia al consumo crónico de alcohol.

**Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con ascitis pancreática asociado a pancreatitis aguda.

**Presentación de caso:** Paciente de 54 años, consumidor crónico de alcohol, con cuadro de dolor abdominal de 3 meses de evolución asociado a elevación de amilasa y lipasa séricas, elevación de amilasa en líquida ascítico por encima de 1000 U/L, tomografía axial computarizada abdominal que mostró páncreas con distorsión de su parénquima y múltiples colecciones. Se indicó manejo conservador con reposo de la vía oral, paracentesis y diuréticos.

**Conclusiones:** La ascitis pancreática es una entidad de presentación rara, debe ser sospechada en paciente con ascitis, pancreatitis y elevación de amilasa en líquido ascítico >1000 U/L.

**Palabras clave:** ascitis pancreática; pancreatitis aguda; alcoholismo.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Pancreatic ascites is a low-incidence entity that generally occurs as a consequence of chronic pancreatitis, associated with chronic alcohol consumption.

**Objective:** To report the case of a patient with pancreatic ascites associated with acute pancreatitis.

**Clinical case report:** This is the case of a 54-year-old patient, chronic alcohol consumer, with a 3-month history of abdominal pain associated with elevated serum amylase and lipase, elevated amylase in ascitic fluid above 1000 U/L. The abdominal computed tomography scan showed pancreas with distortion of the parenchyma and multiple collections. Conservative management was indicated with oral rest, paracentesis, and diuretics.

**Conclusions:** Pancreatic ascites is a rare presentation entity, it should be suspected in patients with ascites, pancreatitis and amylase elevation in ascitic fluid > 1000 U/L.

Keywords: pancreatic ascites; acute pancreatitis; alcoholism.

Recibido: 28/02/2022

Aceptado: 28/02/2022

## Introducción

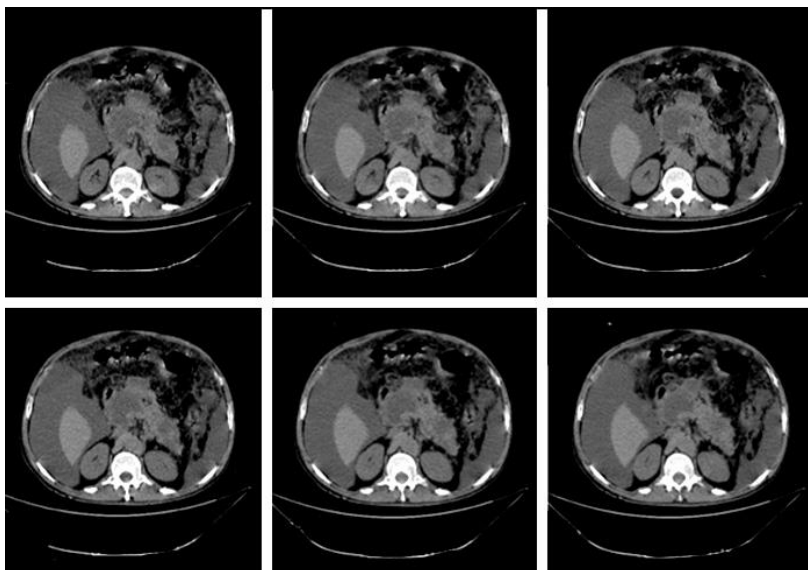
La ascitis pancreática es una entidad de baja incidencia que ocurre generalmente como consecuencia a una pancreatitis crónica, en ocasiones aguda y se asocia al consumo crónico de alcohol. Ocurre como consecuencia de una fuga de un pseudoquiste pancreático o daño ductal; que conlleva a fuga de secreciones pancreáticas dentro del peritoneo.<sup>(1)</sup> La ascitis pancreática debería ser sospechada en pacientes con alcoholismo crónico y pancreatitis que se presenta con ascitis.<sup>(2)</sup>

## Presentación del caso

Paciente de 54 años, oficio policía, con antecedentes de salud, consumo de alcohol semanal durante 34 años, cuadro clínico de 3 meses de evolución consistente en dolor abdominal en epigastrio con irradiación a ambos flancos, intenso, asociado a un episodio emético de contenido alimenticio. El dolor se aliviaba en posición decúbito lateral izquierdo o derecho. Se le diagnosticó pancreatitis aguda y manejaron de forma conservadora en unidad de cuidados intensivos durante 15 días. Por mejoría inicial del cuadro clínico deciden dar de alta, a los tres días del alta hospitalaria presenta empeoramiento del dolor y distensión abdominal, asociado a esto ha tenido pérdida de peso alrededor de 10 kg. Niega fiebre, ictericia, acolia, coluria, cambios en el hábito intestinal, síntomas urinarios. Al examen físico los signos vitales: tensión arterial: 97/49 mmHg, FC: 120 latidos/min, frecuencia respiratoria: 29, en el abdomen ascitis a tensión. Se le realizaron dos paracentesis y se obtuvo en cada una 4500 mL de líquido ascítico amarillo claro.

Se realizaron los siguientes estudios de laboratorio: hemograma, transaminasas, tiempos de coagulación, bilirrubina, fosfatasa alcalina, GGT, creatinina, LDH, triglicéridos, glucosa, VIH, antígeno de superficie de hepatitis B, anticuerpos contra el virus de la hepatitis C, alfa fetoproteína, antígeno carcino-embriionario, CA 19-19, todos normales; BAAR en líquido ascítico: codificación 0, albúmina sérica 22 g/L y proteínas totales 53,8 g/L, proteína C reactiva (PCR) 67,9 mg/L y eritrosedimentación globular (VSG) 48 mm/h, amilasa sérica: 1000 U/L, lipasa: 124 U/L, amilasa en líquido ascítico: 8510 U/L, proteínas totales en líquido ascítico: 24g/L, LDH: 176U/L, albúmina e líquido ascítico: 15,5 g/L, gradiente GASA (albumina sérica menos albúmina del líquido ascítico en g/dL): 0,65g/dL, lo cual indicaba que la ascitis no era por hipertensión portal. El ultrasonido abdominal mostró aumento difuso de la ecogenicidad hepática, de aspecto graso, con alteración del patrón parenquimatoso, sin lesiones focales. Moderada cantidad de líquido libre en cavidad abdominal, se observó una imagen quística por detrás de la mitad cefálica del páncreas, de aproximadamente 6 x 6 cm. La glándula pancreática se muestra difusamente engrosada, mal definida, de ecogenicidad heterogénea. La tomografía axial computarizada (TAC)

abdominal mostró hígado homogéneo, sin lesiones focales. Marcada distorsión del parénquima pancreático, el cual está sustituido por múltiples colecciones y marcada ascitis (Fig).



**Fig** - TAC abdominal: Marcada ascitis, hígado homogéneo, sin lesiones focales, marcada distorsión del parénquima pancreático, el cual está sustituido por múltiples colecciones.

Se inició manejo con diuréticos, paracentesis, reposo de la vía oral.

## Discusión

La ascitis pancreática se describe como una acumulación de fluido pancreático dentro del peritoneo que ocurre como consecuencia de una dehiscencia de un conducto pancreático, ruptura de un pseudoquiste pancreático o un absceso tabicado con necrosis y formación de fístulas con drenaje del contenido pancreático dentro del peritoneo. Aproximadamente el 95 % de los casos de ascitis pancreática se han reportado como consecuencia de pancreatitis crónica y menos frecuentemente se ha reportado asociado a pancreatitis aguda.<sup>(1)</sup> La prevalencia de la ascitis pancreática es de 1 %, ocurre más en hombre que en mujeres (relación 2:1) y entre los 20 y 40 años de edad. Ocurre en el 4 % de los pacientes con ascitis pancreática y en el 6-14 % de los pacientes con pseudoquiste pancreático, puede además ocurrir posterior a un trauma abdominal contundente que conlleve a dehiscencia de un conducto pancreático. El diagnóstico debería ser considerado en pacientes con ascitis crónica con historia de alcoholismo, pancreatitis crónica o trauma abdominal. En el 80 % de los casos de ascitis pancreática resulta de una fuga de un pseudoquiste pancreático en comunicación con el sistema ductal; disrupción ductal en presencia de un pseudoquiste se presenta en el 20 % de los casos restantes.<sup>(2)</sup>

Los pacientes con ascitis pancreática usualmente se presentan con dolor abdominal leve, disminución del apetito y sensación de llenura, además de pérdida de peso y ascitis progresiva. Usualmente tiene historia de pancreatitis crónica, un episodio reciente de

pancreatitis aguda o ascitis de nuevo comienzo. Sin embargo, estos síntomas pueden estar ausentes en alcohólicos y el diagnóstico puede ser falsamente atribuible a cirrosis. El diagnóstico se hace en el análisis del líquido obtenido por paracentesis para buscar recuento de proteínas y amilasas. La ascitis pancreática es una ascitis exudativa caracterizada por una alta concentración de amilasa en el líquido pancreático (usualmente >1000 U/L) y concentración de proteínas >3g/dL lo cual la diferencia de las ascitis por cirrosis, tuberculosis o carcinomatosis. Una vez el diagnóstico ha sido establecido, se debe realizar una tomografía abdominal para descartar pseudoquistes.<sup>(2)</sup>

El tratamiento para la ascitis pancreática es controversial, no hay estudios aleatorizados controlados en relación al tratamiento debido a lo raro de esta patología, así que ningún consenso ha sido establecido para su manejo. Manejo conservador incluye el uso de análogos de somatostatina para disminuir la secreción pancreática, suspender la vía oral con administración de nutrición parenteral y paracentesis a repetición; en algunos pacientes es necesario practicar colangiopancreatografía endoscópica retrógrada o procedimientos quirúrgicos.<sup>(3)</sup>

Se concluye que la ascitis pancreática es una condición poco común cuyo diagnóstico se basa en la presencia de ascitis y cuantificado en el líquido ascítico amilasa >1000 U/L y proteínas >3 g/dL, en la tomografía abdominal se pueden identificar pseudoquistes pancreáticos. El manejo puede ser conservador o quirúrgico.

## Referencias bibliográficas

1. Asotibe J C, Achebe I, Busari O A. Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography Induced Pancreatic Ascites. Cureus. 2020;12(8):e9851. DOI: [10.7759/cureus.9851](https://doi.org/10.7759/cureus.9851)
2. Raju B, Rajan C, Saraswati B, Eric H, Tischler R, Mandaland R, *et al.* Pancreatic ascites managed with a conservative approach: a case report. Bhandari et al. Journal of Medical Case Reports. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13256-020-02463-0>.
3. Kanneganti K, Srikakarlappudi S, Chilimuri S, Acharya, B, Sindhaghatta V. Successful Management of Pancreatic Ascites with both Conservative Management and Pancreatic Duct Stenting. Gastroenterology Research. 2009;2(4):245-7. DOI: [10.4021/gr2009.08.1306](https://doi.org/10.4021/gr2009.08.1306)

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.