



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Consideraciones actuales sobre el diagnóstico clínico de pancreatitis aguda

Current considerations about the clinical diagnosis of acute pancreatitis

Royland Bejerano Durán¹  

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas
10 de octubre. La Habana, Cuba.

Citar como: Bejerano Durán R. Consideraciones actuales sobre el diagnóstico clínico de la pancreatitis aguda. EsTuSalud [Internet]. 2025 [citado colocar fecha del acceso];7(2025):e385. Disponible en:

<https://revestusalud.sld.cu/index.php/estusalud/article/view/385>.

RESUMEN

Introducción: La pancreatitis aguda se define como una reacción inflamatoria del páncreas exocrino, de inicio súbito, ante el resultado de un daño reversible del parénquima pancreático y los tejidos circundantes.

Objetivo: Describir el diagnóstico clínico y la semiografía de esta entidad.

Métodos: Se realizó una búsqueda sobre el tema en las bases de datos SciELO, Dialnet, Medline y Pubmed, entre los años 2018 y 2024. Fueron revisados un total de 63 artículos en revistas de acceso abierto, de los cuales se seleccionaron 35 como referencias.

Desarrollo: La pancreatitis aguda se presenta en gran parte de la población, sobre todo en pacientes alcohólicos y con antecedentes de litiasis biliar; caracterizada por dolor abdominal de inicio brusco y en forma de cinturón, con vómitos copiosos, ictericia y distensión abdominal.

Conclusiones: Actualmente la pancreatitis aguda es una afección complicada para todos los médicos el mundo, debido a su forma de presentación, rápida evolución hacia el mal pronóstico y disímiles y graves complicaciones; por lo que constituye un reto diagnóstico.

Palabras clave: Abdomen agudo; Dolor abdominal; Cirugía general; Laparotomía; Pancreatitis aguda necrotizante; Pancreatitis alcohólica

ABSTRACT

Introduction: Acute pancreatitis is defined as a sudden-onset inflammatory reaction of the exocrine pancreas resulting from reversible damage to the pancreatic parenchyma and surrounding tissues.

Objective: To describe the clinical diagnosis and semiography of this entity.

Methods: A search was conducted on the subject in the Scielo, Dialnet, Medline and Pubmed databases, between 2018 and 2024. A total of 63 articles in open access journals were



reviewed, of which 35 were selected as references.

Development: Acute pancreatitis occurs in a large percentage of the population, especially in alcoholic patients and patients with a history of gallstones; characterized by abrupt, belt-like onset abdominal pain with

copious vomiting, jaundice, and abdominal distention.

Conclusions: Currently, acute pancreatitis is a condition complicated for all doctors in the world, due to its form of presentation, rapid evolution towards poor prognosis and dissimilar and serious complications; so, it is a diagnostic challenge.

Keywords: Acute abdomen; Abdominal pain; General surgery; Laparotomy; Necrotizing acute pancreatitis; Alcoholic pancreatitis

Recibido: 03/08/2024

Aceptado: 15/06/2025

Publicado: 12/09/2025

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda, como parte del abdomen agudo quirúrgico, se define como una reacción inflamatoria del páncreas exocrino, de inicio súbito, ante el resultado de un daño reversible del parénquima pancreático y los tejidos circundantes, con niveles elevados de enzimas pancreáticas en sangre, por la activación de las mismas, lo que conduce a una autodigestión y necrosis enzimática de la grasa.¹⁻⁶

La incidencia de pancreatitis aguda ha aumentado considerablemente en los últimos años hasta un 13,3 %, lo cual lo convierte en un problema de salud, debido al alto consumo de alcohol, la obesidad y a la litiasis biliar. Se estima que a nivel mundial esta entidad afecta entre 5 y 80 casos por cada 100 000 habitantes, la incidencia más alta registrada es en Finlandia y Estados Unidos, ocurre con frecuencia entre el rango etario de 40 a 60 años de edad y con frecuencia en edades pediátricas.^{2,7-9}

La tasa de mortalidad a nivel mundial por pancreatitis se estima entre un 2 y 5 % de los casos y de un 5 a un 10 % en casos de pancreatitis aguda grave con fallo multiorgánico, hemorragia, sepsis y necrosis del parénquima.³ En Cuba estudios realizados muestran cifras de entre 0,12 y 1,8 % del total de ingresos; no corresponde con las principales causas de muerte, ocupa el puesto 25, sin embargo, es ubicada como una de las afecciones quirúrgicas de mayor gravedad e ingreso en la unidad de cuidados intensivos.¹⁰ El sexo varía según la causa, si es de etiología alcohólica, es más frecuente en el sexo masculino y si es de etiología biliar, predomina el sexo opuesto. En cuanto a su mortalidad, representa la oncena causa de muerte por enfermedades digestivas y la quinta por enfermedades de origen benigno, en el caso de los pacientes intervenidos quirúrgicamente la mortalidad aumenta de un 20 a un 80 %.⁹

La pancreatitis aguda es tan antigua como la humanidad,¹¹ incluso entre las disímiles especulaciones que se han hecho a través de la historia sobre la muerte de Alejandro Magno a sus 33 años de edad, en el año 323 a.C., tras participar en festejos donde comió y bebió copiosamente, se especula que pudo haber sido producida por una pancreatitis aguda, ya que los síntomas que se recopilaban del momento se asemejaban al cuadro clínico de esa entidad, vómitos, náuseas, dolor epigástrico de aparición súbita y retroesternal, bradicardia e hipotensión con debilidad muscular; pero no es hasta 1889 cuando el notable patólogo Reginald Heber Fitz la describe, definió 17 casos de pancreatitis hemorrágica, 21 de pancreatitis supurativa y 15 de pancreatitis gangrenosa.¹²

Sin embargo, en 1901, Opie, describe el mecanismo fisiopatológico preciso de la pancreatitis de origen biliar en el Johns Hopkins Hospital, dado por la presencia de cálculos biliares impactados en el ámpula de Vater.¹¹ Sir Berkeley Moynihan¹, en el año 1925, describió a la pancreatitis aguda como “la más terrible de las calamidades que ocurren en relación con las vísceras abdominales. Su rápida evolución, agonía ilimitable y elevada hacen de ella la más terrible de las catástrofes”, además alegó que “el cuadro clínico es tan claro, que puede ser difícil equivocarse; cuando se omite pensar en ella es cuando no se diagnostica”. Estableció la intervención quirúrgica urgente para su tratamiento y eliminar todas las sustancias tóxicas que se acumulaban en la transcavidad de los epiplones.^{2,11}

La pancreatitis aguda constituye un problema de salud y un reto diagnóstico para el cirujano general a nivel mundial, al ser una afección tan común en el servicio de urgencias; por lo cual se decidió realizar una revisión bibliográfica amplia sobre el tema con el objetivo de describir el diagnóstico clínico y la semiografía de esta grave entidad clínico-quirúrgica.

MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura en la cual la bibliografía recopilada de las bases de datos Scielo, Dialnet, Medline y Pubmed, se utilizaron revistas cubanas y extranjeras de acceso abierto en el período de 2018 – 2024. Se utilizó Google académico como motor de búsqueda, con los términos: abdomen agudo, cirugía general y pancreatitis aguda, con sus semejantes al inglés: acute abdomen, general surgery y acute pancreatitis, en artículos redactados en idioma español e inglés que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: ser artículos de revisión, presentaciones de casos, artículos originales, tesis, libros o documentos oficiales con muestra del texto completo. Se evaluaron y revisaron los resúmenes, objetivos, resultados y conclusiones de cada fuente y se agruparon en pertinentes y no pertinentes acorde al tema. De 63 documentos revisados fueron seleccionados 35 referencias que cumplieron con los criterios de inclusión.



DESARROLLO

Etiología

La pancreatitis aguda es producida generalmente por una obstrucción de los conductos pancreáticos. La litiasis biliar ocupa el primer puesto con un 60 % de los casos de pancreatitis aguda principalmente en la mujer, con la migración de un cálculo que se impacta en la ampolla hepatopancreática, provoca una obstrucción^(13,14), mecanismo que corresponde con la disfunción por hiperplasia o hipertrofia del esfínter de Oddi,¹⁵ o la utilización de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) de un 5 – 10 % de los casos, también se encuentran malformaciones congénitas como *pancreas divisum*, entre otras. El segundo puesto lo toma la ingesta de alcohol en el hombre como causa tóxica – metabólica, representado por un 30 % de los casos, tras disminuir el umbral de activación de la tripsina y provoca necrosis tisular, además que el alcohol provoca espasmos a nivel del esfínter de Oddi, lo cual produce una obstrucción al quedar hipertónico.^{14,16}

La hipertrigliceridemia corresponde el tercer puesto de un 2 – 5 % de los casos en pacientes jóvenes, en ausencia de otro factor de riesgo asociado, con cifras por encima de 1 000 g/dL. Las dislipidemias más asociadas según la clasificación de *Frederickson* son la I, IV y V. Las enfermedades reumáticas debido a su etiología autoinmune también pueden desencadenar una pancreatitis aguda, el veneno de la picadura de escorpión y traumatismos abdominales.^{17,18}

El tabaquismo es considerado el factor de riesgo más importante, asociado a un 50 % de los casos de pancreatitis aguda.¹⁹

La pancreatitis aguda idiopática aumenta con la edad, con factores de riesgo como la diabetes mellitus, la obesidad, el tabaquismo y otras. Las causas autoinmunes se encuentran en un porcentaje menor al 1 %. Los traumatismos abdominales penetrantes y en especial de columna pueden desencadenar una pancreatitis aguda en el 1 % de los casos junto con las causas medicamentosas.²⁰ Las causas infecciosas también se encuentran comprendidas en el 1 % de los casos y pueden ser producidas por virus como el citomegalovirus, o por parásitos como el *Ascaris lumbricoides*,²¹ *Toxoplasma gondii*, *Cryptosporidium parvum*; algunas bacterias también como *Mycoplasma spp*, *Legionella spp*, *Salmonella spp*, *Leptospira interrogans*, se produce por complicación del síndrome de *Weil*, ya que no solo ataca al hígado y riñones, sino que también afecta al páncreas desencadenando una pancreatitis aguda grave. Existen virus capaces de provocar una pancreatitis aguda como el Coxaquie, el Citomegalovirus, y el virus de la parotiditis, el cual es la causa más frecuente de pancreatitis en edades pediátricas.²²⁻²⁴

Diagnóstico clínico – humoral – imagenológico:

Para realizar el diagnóstico de una pancreatitis aguda es necesario tener en cuenta el cuadro clínico con un dolor abdominal muy característico, los niveles elevados de lipasa y amilasa pancreática 3 veces por encima de los niveles normales y por último los estudios imagenológicos de radiografía (Rx), ultrasonido (US), resonancia magnética nuclear (RMN) y tomografía axial computarizada (TAC). Por lo tanto, se podría decir que el diagnóstico es clínico – humoral – imagenológico.^{1,11}

Cuadro clínico

La pancreatitis aguda presenta una semiografía muy característica, representada por el dolor abdominal, que aparece de forma súbita en epigastrio, comparado con el de la úlcera péptica gastroduodenal perforada, denominado “signo de la puñalada peritoneal” de *Dieulafoy*,¹¹ además se irradia hacia hipocondrio izquierdo, hacia la

espalda, y también se vuelve retroesternal, tomando todo el hemiabdomen superior, denominado como “dolor en barra, en cinturón o en banda”. En ocasiones el dolor se irradia hacia la región infraescapular izquierda, es persistente y aumenta su intensidad con el paso del tiempo. Además, acompañado por vómitos de gran cuantía y náuseas. El paciente se presenta con una fascie hipocrática, adopta una posición de “plegaria mahomentana” para suprimir el dolor, hipo, distensión abdominal, ictericia, ascitis, oliguria, hipotensión, taquipnea, taquicardia, diaforesis, alteración del estado de consciencia, puede incluir fiebre en casos de pancreatitis supurativa, *shock* (hipovolémico o séptico), fallo multiorgánico y muerte.^{19,25}

Se pueden constatar al examen físico los siguientes signos:

- Signo de alarma más frecuente: espasmos de los músculos de la pared abdominal.¹⁹
- Signo de *Godiet*: distensión epigástrica.¹¹
- Signo de *Mayo Robson*: dolor que se irradia hacia espalda y flancos por extensión del exudado y la hemorragia.¹¹
- Signo de *Cullen*: equimosis azulada localizada en la región mesogástrica o periumbilical.¹¹
- Signo de *Gray Turner*: equimosis azulada localizada en la región de los flancos.¹¹
- Signo de *Fox*: equimosis azulada localizada en la región de hipogastrio y en miembros inferiores.¹¹ Los signos de *Gray Turner*, *Cullen* y *Fox*, son denominados en el argot popular entre cirujanos e intensivistas como “la triada de la muerte por pancreatitis aguda”, ya que dichos signos aparecen de forma tardía o incluso con el paciente ya fallecido. Estos signos traducen hemorretroperitoneo.^{11,13}
- Signo de *Brayant*: equimosis azulada localizada en los testículos.¹¹
- Signo de *Walzel*: descrito en 1927, livedo reticularis abdominal y truncal asociados a pancreatitis aguda. También descrito como: livedo racemosa, livedo annularis o asfixia reticularis. Se observa como lesiones eritematosas de coloración moteada rojo – azuladas. Se explica que ocurre por la acción de la tripsina sobre los vasos sanguíneos que irrigan la piel local, además de vasculitis por depósitos de inmunocomplejos.¹⁹
- Retinopatía de *Purtscher*: se observa al fondo de ojo microhemorragias en forma de punto, mancha o llama, lesiones algodinosas que representan isquemia de la retina, edema macular y del nervio óptico, además, áreas de hipopigmentación de la retina. Este signo se produce por la acción de la tripsina sobre la retina y los vasos sanguíneos de la misma.¹¹
- Crepitación del fondo del Saco de *Douglas*: por liberación de gases a la cavidad peritoneal.¹¹

Sistemas de evaluación pronóstica

Para la evaluación del pronóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda se han establecido una serie de parámetros que lo facilitan (tablas 1, 2 y 3 y fig 1).²⁰⁻²⁹

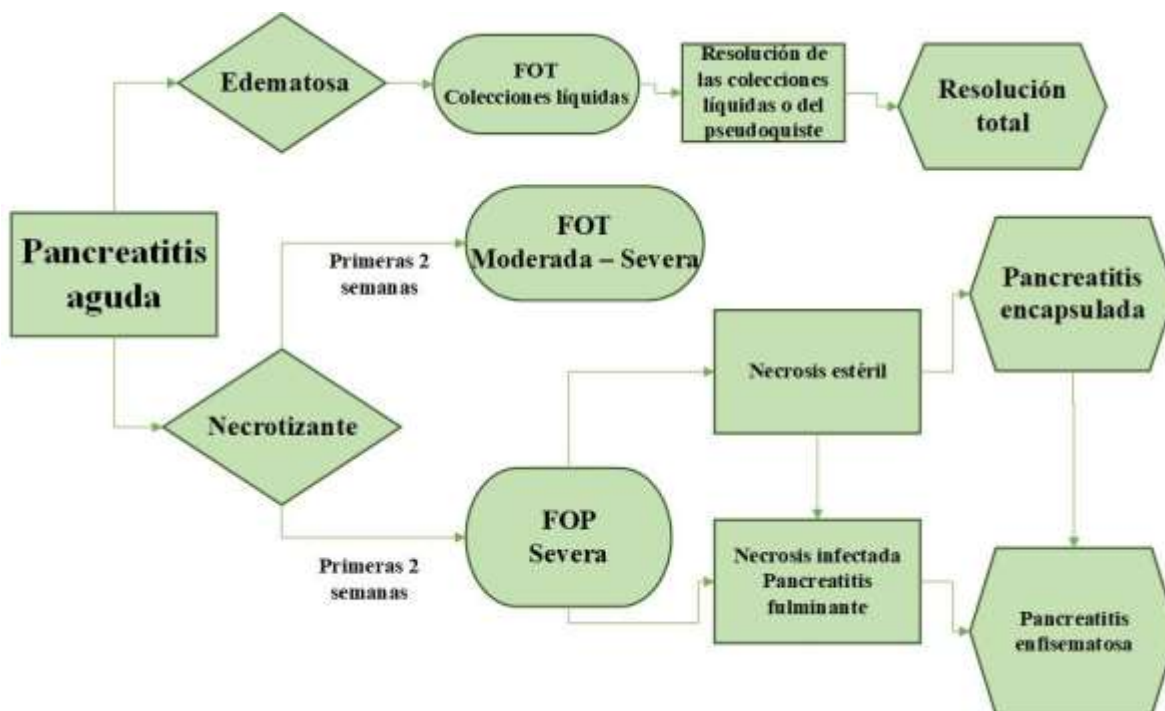


Fig. 1- Diagrama de flujo que muestra la evolución en el tiempo de la pancreatitis aguda

Leyenda: FOT: Falla orgánica transitoria. FOP: Falla orgánica persistente

Fuente: Elaboración propia

Tabla 1. Evaluación pronóstica de la pancreatitis aguda

Diagnóstico
Clasificación anatomopatológica: - Pancreatitis aguda edematosa o intersticial: aumento del tamaño de la glándula por congestión y edema, con focos de cistoesteatonecrosis. - Pancreatitis aguda necrotizante: aparición de focos de esteatonecrosis en el parénquima pancreático. - Pancreatitis aguda necrohemorrágica: tejido necrótico con focos friables y sufluciones hemorrágicas peripancreáticas. - Pancreatitis aguda supurativa: colecciones de pus y abscesos peripancreáticos por trasudación bacteriana. - Pancreatitis enfisematosa: colecciones de pus en una pancreatitis infectada y además colecciones de aire intramural en el parénquima pancreático.
Clasificación de Petrov (2010) - Leve - Moderada - Grave - Crítica - Fulminante
Clasificación de severidad de Atlanta (2012) - Leve: Ausencia de fallo orgánico, complicaciones locales o sistémicas. No necrosis pancreática. - Moderadamente grave: Presencia de fallo orgánico o insuficiencia orgánica transitoria < 48 h y/o complicaciones locales. Necrosis pancreática estéril. - Grave: Persistencia del fallo orgánico > 48 h, con afectación de uno a varios órganos. Necrosis pancreática infectada.
Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) - Temperatura axilar > 38°C o < 36°C - Frecuencia cardíaca > 100 lat/min - Frecuencia respiratoria > 20 resp/min o PaCO₂ > 32 mmHg - Presencia de > 12 000 leucocitos/mm³, < 4000 leucocitos/mm³, o > 10% de abastionados

Índice de severidad de cabecera de pancreatitis aguda (BISAP)

Se asigna 1 punto por cada uno de los criterios.

- Nitrógeno urémico en sangre (BUN) > 25 mg/dL
- Deterioro del estado mental
- SIRS
- Edad > 60 años
- Derrame pleural

Interpretación:

Puntuación de 0 – Mortalidad < 1 %

Puntuación de 5 – Mortalidad del 22 %

Calculadora digital⁽⁴⁾ para cálculo de BISAP disponible en:

<https://www.rccc.eu/scores/BISAP.html>

Índice de severidad simplificado de Glasgow

- Edad > 55 años
- Leucocitos > 15 000
- Glicemia > 10 mmol/L
- Urea > 16 mmol/L
- PaO₂ < 60 mmHg
- Calcio < 8 mg/dL
- LDH > 600 UI/L
- TAG > 100 UI/L
- Albúmina < 32 g/L

Se asigna 1 punto por cada parámetro positivo. Interpretación:

Leve: 0-1

Moderada: 2-3

Severa: 4-6

Fuente: Elaboración propia

Leyenda: LDH: lactodeshidrogenasa sérica; TAG: triacilglicéridos.

Tabla 2. Índice pronóstico por TAC de la pancreatitis aguda. Clasificación de Balthazar (1994)

Tomografía sin contraste		
Grado	Hallazgo	Puntuación
A	Páncreas normal	0
B	Aumento del tamaño focal o difuso de la glándula	1
C	Alteraciones intrínsecas con cambios inflamatorios en la grasa peripancreática	2
D	Colecciones de líquido intra o extrapancreático	3
E	2 o más colecciones grandes de gas o líquido retroperitoneal o en el páncreas	4
Tomografía con contraste		
Ninguna		0
< 30 %		2
30 – 50 %		4
> 50 %		6

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Criterios pronósticos de Ranson (1997)

Aspectos	Pancreatitis alcohólica	Pancreatitis biliar
Al ingreso		
Edad	> 55 años	> 79 años
Leucocitos	> 16 000 mm ³	> 18 000 mm ³
Glicemia	> 200 mm/dL	> 200 mm/dL
LDH	> 350 u/L	> 400 u/L
TGO	> 250 u/L	> 250 u/L
A las 48 horas		
Caída del hematocrito	> 10 %	> 10 %
Aumento del BUN	> 5 mg/dL	> 2 mg/dL
Calcemia	< 8 mm/dL	< 8 mm/dL

Este artículo está bajo una licencia de [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de los autores.



PaO ₂	< 60 mmHg	< 60 mmHg
Déficit de bases	> 4 mEq/L	> 5 mEq/L
Secuestro de líquidos	> 6 L	> 4 L
Interpretación		
Puntuación	Clasificación pronóstica	
0 – 2	Pancreatitis leve (65 % de los casos)	
3 – 6	Pancreatitis grave (25 % de los casos)	
> 7	Pancreatitis fulminante (5 % de los casos) con un 90 % de mortalidad	

Leyenda: LDH: lactodeshidrogenasa sérica; TGO: transaminasa glutámicooxalacética.

Fuente: Elaboración propia

Signos imagenológicos de pancreatitis aguda

- Radiografía simple de tórax: presencia de derrame pleural en hemitórax izquierdo; presencia de atelectasia del lóbulo inferior del pulmón izquierdo.²⁹
- Radiografía simple de abdomen: se pueden visualizar una serie de signos indirectos como el “signo del asa centinela” o íleo paralítico segmentario, íleo paralítico, presencia de litos en hipocondrio derecho y aumento de la radioopacidad en hemiabdomen superior.³⁰
- Ultrasonido abdominal: es complicado obtener resultados del mismo, ya que el páncreas se encuentra en una posición retroperitoneal y todo el tejido circundante se encuentra edematoso, con colecciones líquidas e incluso gas en la transcavidad de los epiplones; por este motivo los cirujanos e intensivistas denominan al páncreas como “el señor de las sombras”. Sin embargo, en casos no complicados se puede presenciar aumento del volumen del órgano.^{7,29-31}
- TAC abdominal: se puede evidenciar considerable aumento del tamaño de la glándula, con edema del parénquima, con bordes medianamente definidos, pueden existir calcificaciones, focos de necrosis, colecciones líquidas en la cabeza del páncreas, puede aparecer un pseudoquiste pancreático o abscesos, líquido libre en la cavidad e incluso gas en casos de pancreatitis enfisematosa.^{30,32}

Complicaciones

La pancreatitis aguda frecuentemente presenta una serie de complicaciones, las cuales puede ser locales como: la necrosis, el enfisema, la hemorragia, las colecciones líquidas, los abscesos, la infección, los pseudoquistes, entre otras. La necrosis e infección suele ser frecuentes, en muchos casos mortal para el paciente, la necrosis pancreática puede permanecer sólida o licuarse, permanecer estéril o infectarse. Aproximadamente un 30 % de las pancreatitis necrotizantes se infectan con un índice de mortalidad de un 30 – 40 %. El tratamiento de la misma se basa en necrosectomía abierta, con una morbilidad del 34 al 95 % y una mortalidad del 11 al 39 %. Actualmente el tratamiento se realiza de forma escalonada (*step up approach*) remplazando a la laparotomía como método principal; el tratamiento consiste en la utilización de antibióticos de amplio espectro; drenaje percutáneo o endoscópico, y mediante laparoscopia, necrosectomía. Además, también existen complicaciones a distancia, como la microangiopatía trombótica caracterizada por anemia hemolítica y trombocitopenia; otras complicaciones son la sepsis, el shock séptico, el shock hipovolémico, la ascitis, la falla multiorgánica y la muerte.^{11,13,31-35}

CONCLUSIONES

Actualmente la pancreatitis aguda es una afección complicada para todos los médicos el mundo, debido a su forma de presentación, rápida evolución hacia el mal pronóstico y disimiles y graves complicaciones; por lo que constituye un reto diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 1. Viciado Guillermo M, Núñez Martínez JF, Madruga Vásquez C, Bouza Denis I. Caracterización de pacientes con pancreatitis aguda en una unidad de cuidados intensivos polivalente. Rev Cub Med Mil. [Internet]. 2022 [citado 03 Mar 2024];51(2):e1782. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572022000200025&lng=es
2. 2. Gorgoso Vázquez A, Capote Guerrero G, Ricardo Martínez D, Casado Méndez P, Fernández Gómez A. Factores que al ingreso influyen en la evolución de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda. Rev Cubana Cir. [Internet]. 2020 [citado 03 Mar 2024];59(1): e886. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932020000100004&lng=es
3. 3. Nieto JA, Rodríguez SJ. Manejo de la pancreatitis aguda: guía de práctica clínica basada en la mejor información disponible. Revista Colombiana de Cirugía. [Internet]. 2019 [citado 03 Mar 2024];25(2):76-96. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/457>
4. 4. Guzmán Calderón E, Suárez Ale WH, Chávez Rimache L, Zavaleta Jara L, Díaz Gonzales MJ, Quiroga Purizaca W, Gustavo et al. Guía de práctica clínica para el manejo de la pancreatitis aguda en el seguro social del Perú (Essalud). Rev. gastroenterol. Perú. [Internet]. 2023 [citado 03 Mar 2024];43(2):166-178. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292023000200166&lng=es
5. 5. Modia Vanesa M, Belén Ortega C, Paz Ez, Dei Cas PG. Pancreatitis necrotizante en una paciente de 11 años. Rev Cubana Pediatr. [Internet]. 2022 [citado 03 Mar 2024];94(2):e1591. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312022000200013&lng=es
6. 6. Pérez F, Arauz Valdes E. Pancreatitis Aguda: Artículo de Revisión. Rev méd cient. [Internet]. 2020 [citado 9 Mar 2024];33(1):64-85. Disponible en: <https://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/570>
7. 7. Garro Urbina V, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. Revista Médica Sinergia. [Internet]. 2020 [citado 9 Mar 2024];5(7):e537 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms-207j.pdf>
8. 8. Pereira P, Vilas Boas F, Peixoto A, Andrade P, Lopes J, Macedo G, et al. How SpyGlass™ May Impact Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography Practice and Patient Management. GE Port J Gastroenterol. [Internet]. 2018 [citado 03 Mar 2024];25(3):132-7. Disponible en: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2341-45452018000300007&lng=pt
9. 9. 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. [Internet]. 2021 [citado 03 Mar 2024];19(2):[aprox.245]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5012>
- 10.10. Anuario Estadístico de Salud, 2020. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. [Internet]. 2021. [citado 03 Mar 2024]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/08/Anuario-Estadistico-Español-2020-Definitivo.pdf>
 - 11.11. Soler Vaillant R, Mederos Curbelo ON, Cirugía. Tomo II. Afecciones quirúrgicas frecuentes. 1ra Ed. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas. [Internet]. 2018. [citado 03 Mar 2024]; Disponible en: <http://www.buscuba.sld.cu/libro/cirugia-tomo-ii-afecciones-quirurgicas-frecuentes/>
 - 12.12. El confidencial [Internet]. Así murió Alejandro Magno: uno de los grandes misterios de la historia resuelto. España: Titania compañía editorial. [Internet]. 2014. [citado 03 Mar 2024]; Disponible en: https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2014-01-13/asi-murio-alejandro-magno-uno-de-los-grandes-misterios-de-la-historia-resuelto_75699/
 - 13.13. Soler Vaillant R, Mederos Curbelo ON, Cirugía. Tomo V. Afecciones del abdomen y de otras especialidades quirúrgicas. 1ra Ed. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas. [Internet]. 2018. [citado 4 Mar 2024]; Disponible en: [http://www.buscuba.sld.cu/libro/cirugia-tomo-v-afecciones-del-](http://www.buscuba.sld.cu/libro/cirugia-tomo-v-afecciones-del-abdomen-y-de-otras-especialidades-quirurgicas/)
[abdomen-y-de-otras-especialidades-quirurgicas/](http://www.buscuba.sld.cu/libro/cirugia-tomo-v-afecciones-quirurgicas-especialidades-quirurgicas/)
 - 14.14. Pérez F, Arauz Valdés E. Pancreatitis Aguda: Artículo de Revisión. Rev Méd Cient. 2020;33(1):67-88. DOI: 10.37416/rmc.v33i1.570
 - 15.15. Peñaloza-Ramírez A, Barrera M. Pancreatitis aguda recurrente secundaria a disfunción del esfínter de oddi: Reporte de caso. Rev. gastroenterol. Perú. [Internet]. 2023 [citado 4 Mar 2024];43(2):145-148. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292023000200145&lng=es
 - 16.16. Ojeda Ojeda MJ, González Aguilera JC, Frómata Guerra A, Palacio Ojeda L. Factores que al ingreso influyen en la evolución de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda. Multimed. [Internet]. 2021 [citado 4 Mar 2024];16(3):1-14. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/565/920>
 - 17.17. Artajo C, Castro Unanua N, Muruzábal Huarte E, Vera García R, Irigaray Echarri A, Zubiria Gortázar J, et al. Tratamiento hipolipemiente de la pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia severa por everolimus en un paciente con tumor neuroendocrino. Anales Sis San Navarra. [Internet]. 2020 [citado 4 Mar 2024];43(1):103-106. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272020000100013&lng=es
 - 18.18. Rozo Ortiz EJ, Vargas Rodríguez LJ, Borda MA, Najar Molano F. Pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia grave: caso clínico. Rev. colomb. Gastroenterol. [Internet].

- 2020 [citado 4 Mar 2024];35(4):522-526. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572020000400522&lng=en
- 19.19. Ferrer Castro JE, Márquez Vinent R, Rodríguez-González Z. Pancreatitis aguda grave en un paciente fumador. MEDISAN. [Internet]. 2020 [citado 4 Mar 2024];24(2):276-285. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000200276&lng=es
- 20.20. Soler Vaillant R, Mederos Curbelo ON, Cirugía. Tomo VI. Lesiones graves por traumatismos. 1ra Ed. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas. [Internet]. 2018. [citado 4 Mar 2024]; Disponible en: <http://www.buscuba.sld.cu/libro/cirugia-tomo-ii-afecciones-quirurgicas-frecuentes/>
- 21.21. Soto Chávez MJ, Amarís Vergara AA, Leguizamo Naranjo AM. Pancreatitis aguda por áscaris en un adulto del área urbana de Bogotá, a propósito de una presentación inusual. Reporte de caso. Revista. colomb. Gastroenterol. 2022;37(4):478-482. DOI: 10.22516/25007440.848
- 22.22. Jiménez-Franco LE, Gutiérrez-Pérez DM, García-Pérez N, Sirio-Vázquez A. Pancreatitis aguda edematosa secundaria a leptospirosis complicada. Rev Med Militar. [Internet]. 2023 [citado 4 Mar 2024];52(2):e02302369 Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2369>
- 23.23. Zambrano Sánchez G, Zambrano J, Mosquera Moyano F. Afectación pancreática en infección por leptospirosis. Rev Cient Digi INSPIL. 2017;1(1):1-11. DOI: 10.31790/inspil.v1i1.20.g26
- 24.24. Carranza-Zamora AJ, Chang-Fonseca D, Gutierrez-López Y. Leptospirosis y enfermedad de Weil. Rev. Méd. Sinerg. [Internet]. 2020 [citado 4 Mar 2024];5(3):1-12. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/346>
- 25.25. Scarlatto B, Manzanares W. Crisis hipercalcémica como causa de pancreatitis aguda. Rev. méd. Chile. [Internet]. 2022 [citado 4 Mar 2024];150(7):970-974. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872022000700970&lng=es
- 26.26. Rodríguez Varón A, Muñoz Velandia OM, Agreda Rudenko D, García Consuegra E. Concordancia entre las escalas Marshall, Ranson y APACHE II como estimadoras de la morbilidad y mortalidad en pancreatitis aguda. Rev Col Gastroenterol. [Internet]. 2020 [citado 5 Mar 2024];35(3):298-303. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572020000300298&lng=en
- 27.27. García Revilla OV., Correa López LE., Rubio Ramos RI., Loo Valverde M. Comparación de las escalas APACHE II Y BISAP en el pronóstico de pancreatitis aguda en un hospital del Perú. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2020 [citado 5 Mar 2024];20(4):574-580. Disponible

- en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000400574&lng=es
- 28.28. Balthazar EJ, Robinson DL, Megibow AJ, Ranson JH. Acute pancreatitis: value of CT in establishing prognosis. *Radiology*. 1990;174(2):331-6 Doi: 10.1148/radiology.174.2.2296641
 - 29.29. Sotomayor C, Alegría F, Sauré A. Síndrome de desconexión del conducto pancreático. *Rev. cir.* [Internet]. 2023 [citado 5 Mar 2024];75(1):36-42. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492023000100036&lng=es
 - 30.30. Sienna C, Pereira Núñez D, Juambeltz C. Primer reporte nacional de técnica de puestow modificada para el tratamiento de la pancreatitis aguda recidivante en Pediatría. *Cir. Urug.* [Internet]. 2022 [citado 5 Mar 2024];6(1):e302. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12812022000101302&lng=es
 - 31.31. Saura Cuesta LM, Pérez de Alejo GY, Pérez García DR, Hernández González Y, Rodríguez Molina D, Pérez de Alejo Rodríguez AJ. Pancreatitis aguda y el valor de la ecografía en su diagnóstico inicial. *Medicentro Electrónica.* [Internet]. 2021 [citado 5 Mar 2024];25(4):638-657. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432021000400638&lng=es
 - 32.32. Obeid JA, Brosutti OD, Garcia Calcaterra EM, Cian MS, García MF. Necrosis pancreática infectada: tratamiento solo con antibióticos. ¿Sería el primer paso del step-up approach?. *Medicina (B. Aires).* [Internet]. 2023 [citado 9 Mar 2024];83(3):394-401. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802023000500394&lng=es
 - 33.33. González Benjumea P, García del Pino B, Rodríguez Padilla Á, Balongo García R. Pancreatitis aguda necrosante secundaria a hernia de hiato grado IV complicada: Presentación de un caso y revisión de la literatura. *rev. colomb. cir.* [Internet]. 2022 [citado 9 Mar 2024];37(1):146-150. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822022000100146&lng=en
 - 34.34. Priarone CM, Pinzón Fernández MV, Patiño Pérez V, Benavides Ruiz MM, Silva Bermudez RK. Drenaje percutáneo trans-gástrico de necrosis pancreática amurallada complicado en paciente pediátrico. *CES Med.* [Internet]. 2021 [citado 9 Mar 2024];35(3):316-324. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052021000300316&lng=en
 - 35.35. Scarlatto B, Kohn S, Manzanares W. Microangiopatía trombótica como complicación de una pancreatitis aguda. *Rev. Méd. Urug.* [Internet]. 2022 [citado 9 Mar 2024];38(4):e703. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902022000401703&lng=es

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

RBD: conceptualización e ideas; metodología; investigación; curación de datos; análisis formal; visualización; redacción borrador original; redacción, revisión y edición.

CONFLICTOS DE INTERESES

El autor declara que no existen conflictos de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

No se recibió financiación externa.



Este artículo está bajo una licencia de [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de los autores.

