

REPORTE DE CASO / CASE REPORT

**Pancreatitis aguda necrotizante secundaria a hipertrigliceridemia severa:
reporte de un caso.**

Luis Alberto Guismaraes Cuenca¹, 0009-0006-0544-8500
Vanessa Elizabeth Monzón Alvarez¹, 0009-0009-9665-4335

¹ Hospital General de Luque - Consultorio de Obesidad y Bariátrica, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social - Luque, Paraguay

RESUMEN

Introducción: La pancreatitis aguda es una inflamación del páncreas exocrino que puede asociarse a respuestas inflamatorias locales y sistémicas. La hipertrigliceridemia severa (TG >1000 mg/dL) es responsable de 1-4% de los casos de pancreatitis aguda y puede asociarse a formas graves, incluyendo necrosis pancreática. **Objetivo:** Describir las características clínicas, imagenológicas y evolutivas de un paciente con pancreatitis aguda necrotizante secundaria a hipertrigliceridemia severa. **Caso clínico:** Paciente masculino de 46 años, tabaquista, con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento irregular con insulina. Consultó por dolor abdominal intenso de 48 horas en epigastrio, acompañado de vómitos, náuseas y fiebre. Laboratorio: glucemia 521 mg/dL, triglicéridos 26.782 mg/dL, creatinina 3,4 mg/dL, amilasa 325 U/L, lipasa 432 U/L, pH 7,10, HCO₃ 11 mmol/L. APACHE II: 20. Ecografía abdominal sin hallazgos relevantes. TAC contrastada: pancreatitis necrotizante (<30%), Baltazar D. **Manejo:** hidratación EV, insulina en infusión continua (por Cetoacidosis diabética e hipertrigliceridemia severa), analgesia y antibióticos. Evolución favorable tras 7 días en UCI. Este caso resalta la importancia de considerar la hipertrigliceridemia como etiología infrecuente de pancreatitis aguda grave, la necesidad de medición sistemática de triglicéridos y la utilidad de la imagen para evaluar complicaciones. **Conclusión:** La hipertrigliceridemia severa constituye un factor de riesgo significativo para pancreatitis grave y necrotizante, especialmente en pacientes con desórdenes metabólicos como diabetes y obesidad, lo que justifica estrategias de prevención y control intensivo

Palabras clave: Pancreatitis aguda, necrosis pancreática, hipertrigliceridemia, diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia renal aguda, triglicéridos

Recibido: 19/08/2025
Revisado: 23/08/2025
Aceptado: 08/09/2025

Autor para
correspondencia: Luis
Alberto Guismaraes
Cuenca. Correo
electrónico:
luisguismaraes95@gmail.c
om

Conflictos de interés
Los autores declaran no
poseer conflictos de
interés.

Fuente de financiación
Los autores no recibieron
apoyo financiero de
entidades
gubernamentales o
instituciones para realizar
esta investigación

Necrotizing Acute Pancreatitis Secondary to Severe Hypertriglyceridemia: A Case Report

ABSTRACT

Introduction: Acute pancreatitis is an inflammation of the exocrine pancreas that may be associated with local and systemic inflammatory responses. Severe hypertriglyceridemia (TG >1000 mg/dL) accounts for 1–4% of acute pancreatitis cases and can be associated with severe forms, including pancreatic necrosis. **Objective:** To describe the clinical, imaging, and evolutionary characteristics of a patient with acute necrotizing pancreatitis secondary to severe hypertriglyceridemia. **Case report:** A 46-year-old male, smoker, with type 2 diabetes mellitus on irregular insulin therapy. He presented with intense epigastric abdominal pain for 48 hours, accompanied by vomiting, nausea, and fever. Laboratory findings: glucose 521 mg/dL, triglycerides 26,782 mg/dL, creatinine 3.4 mg/dL, amylase 325 U/L, lipase 432 U/L, pH 7.10, HCO₃ 11 mmol/L. APACHE II: 20. Abdominal ultrasound: no relevant findings. Contrast-enhanced CT: necrotizing pancreatitis (<30%), Balthazar D. **Management:** IV hydration, continuous insulin infusion (due to diabetic ketoacidosis and severe hypertriglyceridemia), analgesia, and antibiotics. Favorable evolution after 7 days in ICU. This case highlights the importance of considering hypertriglyceridemia as an uncommon etiology of severe acute pancreatitis, the need for systematic triglyceride measurement, and the usefulness of imaging in assessing complications. **Conclusion:** Severe hypertriglyceridemia represents a significant risk factor for severe and necrotizing pancreatitis, particularly in patients with metabolic disorders such as diabetes and obesity, which justifies preventive strategies and intensive control.

Keywords: Acute pancreatitis, pancreatic necrosis, hypertriglyceridemia, type 2 diabetes mellitus, acute renal failure, triglycerides

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es una inflamación del páncreas exocrino que puede asociarse a respuestas inflamatorias locales y sistémicas. Entre sus causas, la hipertrigliceridemia severa (TG >1000 mg/dL) es responsable de 1–4% de los casos¹⁻⁴. La clasificación revisada de Atlanta define los criterios diagnósticos y de severidad, siendo de aplicación universal en la práctica clínica⁵.

OBJETIVO

Describir las características clínicas, imagenológicas y evolutivas de un paciente con pancreatitis aguda necrotizante.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente Masculino de 46 años, tabaquista, con diabetes mellitus tipo 2: tratamiento irregular con insulina. Consulta por dolor abdominal intenso en epigastrio, de 48 horas de evolución, irradiado en barra, acompañado de mareos, náuseas, vómitos y Fiebre referida.

Examen físico: Abdomen distendido, doloroso a la palpación en epigastrio, sin irritación peritoneal. Ruidos hidroaereos (RHA) conservados.

Signos vitales: Presión Arterial: 110/90 mmHg, FC: 110, FR: 25, Temperatura: 38°C, Hemoglucotest: 561.

Tabla 1: Resultados de Laboratorio

Parámetro	Resultado	Valores de referencia
Glucemia	521 mg/dL	70–110 mg/dL
Triglicéridos	26.782 mg/dL	<150 mg/dL
Creatinina	3,4 mg/dL	0,7–1,3 mg/dL
Urea	75 mg/dL	15–45 mg/dL
Amilasa	325 U/L	28–100 U/L
Lipasa	432 U/L	13–60 U/L
pH	7,10	7,35–7,45
HCO ₃	11 mmol/L	22–28 mmol/L
Sodio (Na)	131 mmol/L	135–145 mmol/L
Potasio (K)	3,1 mmol/L	3,5–5,0 mmol/L
Leucocitos	4.830/mm ³	4.500–11.000/mm ³
Procalcitonina	0,6 ng/mL	<0,5 ng/mL

Los estudios iniciales evidenciaron hiperglucemia severa (521 mg/dL) y Cetoacidosis metabólica (pH 7,10, HCO₃ 11 mmol/L, EB -17), además de insuficiencia renal aguda (creatinina 3,4 mg/dL, urea 75 mg/dL) e hiponatremia leve (Na 131 mmol/L) con hipopotasemia (K 3,1 mmol/L). El perfil lipídico reveló hipertrigliceridemia extrema (2678 mg/dL) y colesterol total elevado (723 mg/dL). Las enzimas pancreáticas estaban aumentadas (amilasa 325 U/L, lipasa 432 U/L). Se observó leucocitosis ausente (4.830/mm³) y procalcitonina (0,6 ng/mL).

Imágenes:

Ecografía abdominal sin alteraciones relevantes.

Tomografía abdominal contrastada: pancreatitis necrotizante (<30%), Baltazar D.

Escala de Severidad: APACHE II: 20 puntos

Manejo: Se decidió hospitalización por pancreatitis aguda severa secundaria a hipertrigliceridemia. Se inició terapia de líquidos endovenosos e infusión continua con insulina (por Cetoacidosis diabética e hipertrigliceridemia severa), analgesia y antibiotioterapia. Estancia en UCI durante 7 días por estado de deshidratación severa, falla renal aguda. Infusión de insulina por 3 días y recibió terapia antimicrobiana por 7 días. Evolución favorable, con traslado a clínica

médica para rehabilitación, ajuste de tratamiento hipolipemiante y antidiabético. Alta médica posterior.

La hipertrigliceridemia es considerada una etiología más virulenta de pancreatitis aguda en comparación con otras causas, con mayor riesgo de necrosis y complicaciones sistémicas^{3,4}. Revisiones recientes señalan que cuando los niveles superan los 2000 mg/dL, el riesgo de pancreatitis grave aumenta significativamente^{1,2}. El abordaje terapéutico incluye hidratación, insulina intravenosa y, en casos seleccionados, plasmaféresis^{6,7}. En poblaciones especiales, como mujeres embarazadas, la hipertrigliceridemia representa un factor de alto riesgo y requiere un manejo particular⁷.

CONCLUSIÓN

Destaca una estrecha relación entre los trastornos metabólicos, como la dislipidemia particularmente la hipertrigliceridemia, la obesidad y la diabetes mellitus. Este fenómeno resalta el impacto significativo que estas patologías tienen en el desarrollo de disfunciones metabólicas, favoreciendo la aparición de complicaciones en el curso de diversas enfermedades. La identificación temprana de la hipertrigliceridemia como causa de pancreatitis es crucial, dado su impacto en la severidad y las complicaciones a corto y largo plazo^{1-4, 6}

dislipidemias y síndrome metabólico. Se identificaron alteraciones ecocardiográficas, esteatosis hepática, litiasis vesicular, gastritis crónica y deficiencias nutricionales, principalmente de vitamina D. Estos hallazgos resaltan la importancia de una evaluación prequirúrgica integral y multidisciplinaria que incluya endocrinología, nutrición y psiquiatría, así como la promoción de cambios en el estilo de vida para mejorar los resultados a largo plazo tras la cirugía bariátrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Qiu M, Zhou X, Zippi M, Goyal H, Basharat Z, Jagielski M, et al. Comprehensive review on the pathogenesis of hypertriglyceridaemia-associated acute pancreatitis. *Ann Med.* 2023;55(2):2265939.
2. Wei Yao, Xie Z, Li M, et al. Hypertriglyceridemic acute pancreatitis: a bibliometric analysis from 2002 to 2023. *Int J Surg.* 2024;111(1):1484–87.
3. Scherer J, Singh VP, Pitchumoni CS, Yadav D. Issues in hypertriglyceridemic pancreatitis: An update. *J Clin Gastroenterol.* 2014;48(3):195–203
4. Carr RA, Rejowski BJ, Cote GA, Pitt HA, Zyromski NJ. Systematic review of hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis: A more virulent etiology? *Pancreatology.* 2016;16(4):469–76.
5. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute

pancreatitis—2012: Revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut.* 2013;62(1):102–11.

6. Valdivielso P, Ramírez-Bueno A, Ewald N. Current knowledge of hypertriglyceridemic pancreatitis. *Eur J Intern Med.* 2014;25(8):689–94.

7. Liu J, Han J, Zhu Y, Wang W, Wang L, Li T, et al. Clinical features and treatment of hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis during pregnancy: A retrospective study. *J Clin Apher.* 2016;31(6):571–8.