



Pancreatitis aguda secundaria a oclusión intestinal por hernia de pared encarcelada. Reporte de caso

Jesús Alberto Bahena-Aponte,* Mónica De Jesús-Mosso,† Jorge González,‡
Quintín Héctor González-Contreras,§ Juan José Núñez-Bacarreza¶

* Cirujano Gastrointestinal y Laparoscopia, Hospital Médica Sur. † Médico General y Maestría en Curación de Heridas. ‡ Estudiante de Medicina, Universidad Anáhuac.
§ Cirujano Colorrectal y Laparoscopia Avanzada, Hospital Médica Sur. ¶ Médico Anestesiólogo y Terapia Intensiva, Hospital Médica Sur.

Acute pancreatitis secondary to intestinal obstruction due to incarcerated wall hernia. Case report

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 15 Núm. 1 / Enero-Marzo, 2026 / p. 30-33

RESUMEN

La pancreatitis aguda (PA) tiene una incidencia creciente y es considerada una de las enfermedades gastrointestinales que requiere hospitalización con mucha frecuencia con una mortalidad de 5 a 10%. Sin embargo; la pancreatitis aguda secundaria a una obstrucción intestinal por una hernia encarcelada es una presentación poco común, pero puede ocasionar un cuadro clínico grave requiriendo atención urgente.

Se presenta el caso de paciente masculino de 74 años, el cual presenta dolor abdominal de 4 días de evolución asociado a náusea, vómito, incapacidad para canalizar gases y evacuar, así como poca tolerancia a la vía oral, a su ingreso se solicitan estudios de laboratorios con evidencia de leucocitosis, elevación de enzimas pancreáticas y falla renal, la tomografía abdominal reporta hernia de pared con asa de yeyuno proximal encarcelada y estrangulada se maneja con laparotomía y resección intestinal con adecuada evolución postoperatoria y remisión del cuadro de pancreatitis aguda.

En este caso es importante destacar que un diagnóstico oportuno permite evitar complicaciones que pueden poner en riesgo la vida del paciente.

Palabras clave. Pancreatitis aguda, obstrucción de intestino de delgado, complicaciones de obstrucción intestinal.

ABSTRACT

Acute pancreatitis (AP) has an increasing incidence and is considered one of the gastrointestinal diseases that most frequently require hospitalization, with a mortality rate of 5 to 10%. However, acute pancreatitis secondary to intestinal obstruction due to an incarcerated hernia is a rare condition but can cause a serious clinical picture requiring urgent care.

We present the case of a 74-year-old male who presented with abdominal pain of 4 days' evolution associated with nausea, vomiting, inability to pass gas and evacuate, as well as poor oral tolerance. Upon admission, laboratory tests were requested, showing evidence of leukocytosis, elevated pancreatic enzymes, and renal failure. The abdominal CT scan revealed a wall hernia with an incarcerated proximal jejunal loop, which was managed with laparotomy and intestinal resection, with adequate post-operative evolution and remission of acute pancreatitis. In this case, it is important to note that a timely diagnosis allows us to avoid complications that could put the patient's life at risk.

Key words. Acute pancreatitis, small bowel obstruction, intestinal obstruction complications.

Correspondencia:

Dr. Jesús Alberto Bahena-Aponte
Hospital Médica Sur. Consultorio 505, torre II.
Puente de Piedra Núm. 150 Col. Toriello Guerra. Alc. Tlalpan. C.P. 14050, CDMX, México.
Correo electrónico: dr.jesusbahena100@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA) tiene una incidencia creciente (13-45 casos/100,000 habitantes/año) y es una de las enfermedades gastrointestinales que con más frecuencia requiere hospitalización.^{1,2} Tiene una mortalidad del 5-10% en casos de PA grave con fallo orgánico persistente, necrosis pancreática y sepsis.³

Dentro de su etiología la causa más frecuente (35-40%) de la PA es la litiasis biliar, incluidas las microlitiasis; el alcohol representa la segunda causa más frecuente de PA (aproximadamente el 30%). En estos pacientes a menudo existe una pancreatitis crónica de base, que puede ser difícil de diagnosticar por cursar con cambios mínimos. Un consumo de alcohol > 50-60 g/día de forma crónica, o un exceso puntual permiten catalogar el alcohol como factor causante.⁴

El consumo de tabaco también es un factor de riesgo independiente de PA y un factor acelerador de la progresión de la pancreatitis crónica.⁵

Otras causas menos comunes incluyen la hipertrigliceridemia, hipercalcemia, mutaciones genéticas, infecciones, traumatismos, páncreas *divisum*, disfunción del esfínter de Oddi, neoplasias pancreáticas o ampulares, vasculitis, pancreatitis autoinmune, fármacos, colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE). A pesar de todo, después de un estudio diagnóstico exhaustivo, el 10-20% de casos queda sin diagnóstico etiológico. Por lo que las pruebas de imagen, en sus diversas modalidades (ecografía abdominal, TC, RM y USE), desempeñan un papel importante tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de las PA. Por otra parte, las hernias abdominales son una de las patologías quirúrgicas más frecuentes, caracterizadas por la protrusión de contenido intraabdominal a través de un defecto en la pared abdominal. Su desarrollo se asocia con la alteración de la estabilidad y función de los tejidos que conforman la pared abdominal, incluyendo piel, tejido subcutáneo, fascia superficial, músculos (recto abdominal, oblicuos y transversos del abdomen), fascia transversalis y peritoneo. La debilidad en estas estructuras puede ser congénita o adquirida, favoreciendo la aparición de hernias en distintos puntos anatómicos.^{6,7}

Desde el punto de vista epidemiológico, las hernias abdominales tienen una alta prevalencia, con aproximadamente 18.5 millones de casos anuales a nivel mundial. Se clasifican en primarias, cuando ocurren sin antecedente quirúrgico (umbilicales, epigástricas, de Spiegel y lumbares), e incisionales cuando se presentan en sitios de incisiones previas debido a fallos en la cicatrización. Además, existen hernias especiales, como la de Richter, que compromete solo una parte de la circunferencia intestinal; la de Littre, que contiene un divertículo de Meckel; y la de Amyand, que involucra el apéndice cecal.⁸⁻⁹

Las causas de estas hernias son multifactoriales e incluyen un aumento de la presión intraabdominal, como ocurre en pacientes con ascitis o masas abdominales, así como trastornos en la cicatrización quirúrgica asociados con infecciones, diabetes, tabaquismo, obesidad y el uso de inmunosupresores.

El reconocimiento temprano de los factores de riesgo y una adecuada clasificación de las hernias permiten optimizar estrategias de prevención y tratamiento. En ausencia de manejo oportuno, pueden surgir complicaciones como incarceration, estrangulación y obstrucción intestinal, lo que resalta la importancia de su estudio y abordaje quirúrgico adecuado.¹⁰

REPORTE DE CASO

Se presenta el caso de paciente masculino de 74 años, el cual cuenta con antecedentes heredofamiliares desconocidos, niega alergias, antecedentes quirúrgicos, traumáticos, transfusionales y crónico degenerativos. Inicia su padecimiento actual el día 9 de julio de 2025 con dolor abdominal asociado a náusea, vómito, incapacidad para canalizar gases y evacuar, así como poca tolerancia a la vía oral, refiriendo que aunque el dolor era generalizado, asociado a distensión abdominal importante, predominaba en la región suprapúbica, zona que con el paso de los días presentó cambios de coloración, el dolor incrementó con el paso de los días, por lo que el día 13 de julio de 2025 decide acudir al servicio de urgencias del hospital, en donde se observa paciente consciente orientado en las tres esferas con importante distensión abdominal que condicionaba polipnea. A la exploración física se reporta el abdomen con distensión generalizada, peristalsis de lucha y ruidos metálicos, dolor abdominal a la palpación superficial y profunda, así como la presencia de hernia de pared supraumbilical no reductible, con cambios de coloración y datos de celulitis extensa en la circunferencia de la hernia. A su ingreso se realizan estudios de laboratorio y gabinete, se documenta una leucocitosis de 14,900/mL, Hb 17.3 g/dL, Hto 46.9 %, Plaquetas 234,000/mL, Cr 4.69 mg/dL, BUN 62.58 mg/dL, Glu 263 mg/dL, BT 2.05 mg/dL, BD 0.82 mg/dL, BI 1.23 mg/dL, Amilasa 509.32 U/L, Lipasa 1237.98 U/L. Destacan importantes datos de insuficiencia renal de origen prerrenal e importante elevación de las enzimas pancreáticas, por lo que se realiza tomografía abdominal la cual reporta la presencia de hernia de pared con asa de yeyuno proximal encarcelada y estrangulada (*Figura 1*), con importante dilatación de asas proximales, así como cambios inflamatorios a nivel de la cabeza del páncreas (*Figura 2*), la cual coincide con la zona de mayor dilatación de asas intestinales.

Se solicita una interconsulta con nefrología para tratar y mejorar las condiciones renales y, aunque se tiene muy claro el diagnóstico de pancreatitis, ante los hallazgos de un asa

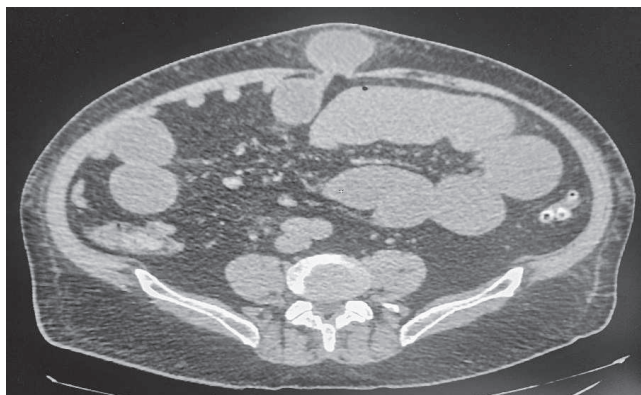


Figura 1. Tomografía donde se observa la hernia de pared.



Figura 2. Tomografía donde se observan cambios inflamatorios a nivel de la cabeza del páncreas.

intestinal de yeyuno encarcelada y estrangulada ya con francos cambios de coloración, se decide llevar al paciente a quirófano una laparotomía exploradora. Durante el transoperatorio se observa un asa de intestino delgado a nivel de yeyuno encarcelada con francos cambios de necrosis, por lo que se realiza una resección intestinal de este segmento de yeyuno de aproximadamente 10 cm, y posteriormente se realiza una entero-

entero anastomosis latero-lateral con engrapadora mecánica y un segundo plano con puntos de vicryl 2-0. El paciente se deja en ayuno en las próximas 96 horas por pancreatitis y un importante ileo, con el objetivo de proteger la anastomosis. Sin embargo, en sus primeras 24 horas postoperatorias se toman estudios de control en los que se observa una importante disminución de las enzimas pancreáticas; amilasa 379 m/L y lipasa de 424 U/L. Mientras que a la exploración clínica se encontraba sin dolor, con mejoría de los parámetros renales, adecuada diuresis; por lo que fue egresado al sexto día. Con cita de seguimiento a los diez días, en la que se observa una exploración abdominal normal.

DISCUSIÓN

Una hernia se define como la salida de un órgano o parte de un órgano fuera de la cavidad que lo contiene a través de un defecto anatómico congénito o adquirido.¹¹ Las hernias de pared abdominal continúan siendo una patología frecuente no exentas de complicaciones pre, trans y post operatorias; representan un serio problema de salud pública en el mundo. En el presente caso se reportan datos francos de una hernia de pared encarcelada de 4 días de evolución que condicionan una importante distensión de las asas intestinales y debido a la localización del segmento intestinal involucrado, la distensión es muy proximal; compromete un segmento de yeyuno proximal, duodeno y cámara gástrica. Por lo que se considera que esa importante distensión del duodeno pudo haber sido la causa de la pancreatitis del paciente. Mediante dos posibles mecanismos:

- a) El incremento de la presión intraluminal del intestino que por diferencia de presiones pudiera haber dificultado el vaciamiento de la secreción pancreática hacia el duodeno.
- b) Por continuidad del páncreas con las asas de duodeno que estaban muy distendidas.

La principal complicación de una hernia es el estrangulamiento, con una frecuencia inferior al 1% anual, la cual disminuye cuando se realiza un diagnóstico y tratamiento oportuno, sin embargo; en el presente caso el paciente cuenta con 4 días de evolución y aunque el único tratamiento curativo de una hernia es quirúrgico,¹¹ en este caso se presenta el desafío de que además del cuadro de la hernia, el paciente presenta un cuadro de pancreatitis aguda sin ninguna otra etiología posible que pudiera justificar el cuadro de pancreatitis. Por lo que se decide pasar a cirugía para la resolución de la hernia encarcelada. Observándose una importante disminución de las enzimas pancreáticas 24 horas después de la cirugía, lo que pudiera reforzar la hipótesis de la relación que presentaba la inflamación del páncreas con el cuadro de obstrucción intestinal del paciente.

CONCLUSIONES

Las hernias de pared son una patología frecuente, con importantes complicaciones pre, trans y post operatorias. Y sin duda una de las más importantes es la isquemia y/o necrosis que se puede provocar en las asas estranguladas. Por lo que un tratamiento quirúrgico oportuno y adecuado puede disminuir la morbilidad en estos pacientes, pudiendo evitar otras complicaciones menos frecuentes como lo fue el cuadro de pancreatitis en el presente caso.

REFERENCIAS

1. Peery AE, Dellon ES, Lund J, Crockett SD, McGowan CE, Bulsiewicz WJ, *et al.* Burden of gastrointestinal diseases in the United States. *Gastroenterology* 2012; 143(5): 1179-87. <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2012.08.002>
2. Yadav D, Lowenfels AB. The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer. *Gastroenterology* 2013; 144(6): 1252-61. <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2013.01.068>
3. Banks PA, Freeman ML. Practice guidelines in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2006; 101(10): 2379-400. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2006.00856.x>
4. Yadav D, Hawes RH, Brand RE, Anderson MA, Money ME, Banks PA, North American Pancreatic Study Group, *et al.* Alcohol consumption, cigarette smoking, and the risk of recurrent acute and chronic pancreatitis. *Arch Intern Med* 2009; 169(11): 1035-45. <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2009.125>
5. Maisonneuve P, Lowenfels AB, Müllhaupt B, Cavallini G, Lankisch PG, Andersen JR, *et al.* Cigarette smoking accelerates progression of alcoholic chronic pancreatitis. *Gut* 2005; 54(4): 510-4. <http://dx.doi.org/10.1136/gut.2004.039263>
6. Franz MG. The biology of hernia formation. *The Surgical Clinics of North America* 2008; 88(1): 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2007.10.007>
7. Ahmed WU, Patel MIA, Ng M, *et al.* Shared genetic architecture of hernias: A genome-wide association study with multivariable meta-analysis of multiple hernia phenotypes. *PloS One* 2022; 17(12): e0272261. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272261>
8. Garcia EM, Pietryga JA, Kim DH, *et al.* ACR Appropriateness Criteria Hernia. *Journal of the American College of Radiology* 2022; 19(11s): s329-40. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2022.09.016>
9. Deerenberg EB, Henriksen NA, Antoniou GA, *et al.* (2022). Updated guideline for closure of abdominal wall incisions from the European and American Hernia Societies. *The British Journal of Surgery* 2022; 109(12): 1239-50. <https://doi.org/10.1093/bjs/znac302>
10. Henriksen NA, Kaufmann R, Simons MP, *et al.* EHS and AHS guidelines for treatment of primary ventral hernias in rare locations or special circumstances. *BJS Open* 2020; 4(2): 342-53. <https://doi.org/10.1002/bjs5.50252>
11. Najah H, Bouriez D, Zarzavadjian Le Bian A, Trésallet C. Hernias abdominales. *EMC Tratados de Medicina* 2021; 25(1): 1-8.