



Pancreatitis Aguda Tóxica por Glifosato. A propósito de un caso

Autores Eliana González,¹ Carmen Zuramay,¹ María Luisa Clavo,² Adriana Arriaga,³ Honey Pérez³

Afiliaciones

¹Adjunto de Gastroenterología. Hospita Dr. Miguel Pérez Carreño. Caracas, Venezuela.

²Jefe de servicio de Gastroenterología. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Caracas, Venezuela.

³Residente del Post-grado de Gastroenterología. Dr. Hospital Miguel Pérez Carreño. Caracas, Venezuela.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2014;68(2):58-60. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 0016-3503.

Autor correspondiente: Dra. Carmen Zuramay. Gastroenterólogo Endoscopista. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Correo-e: giocon.yoko.rodriguez@gmail.com

Resumen

La pancreatitis tóxica es una entidad clínica poco frecuente (1,4 a 0,3%) cuya patogenia se debe a reacción alérgica o toxicidad directa del fármaco. El diagnóstico se realiza en pacientes con sospecha clínica, con antecedente de exposición a toxinas, en los cuales se descartan otras etiologías. El cuadro clínico se caracteriza por episodio de pancreatitis aguda durante la exposición a la toxina que mejora tras suspender su exposición.

Presentamos el caso de un paciente quien ingresa al hospital IVSS Dr. Miguel Pérez Carreño, expuesto a glifosato con cuadro clínico de pancreatitis aguda con alteración de enzimas hepatocelulares, pancreáticas e hiperbilirrubinemia directa. TAC Abdominal: pancreatitis Balthazar B. Ultrasonido abdominal: aumento de tamaño del páncreas. RMN con efecto colangiográfico: sin alteraciones. Ultrasonido endoscópico aumento de tamaño del páncreas. Test inmunológicos con Ac anti músculo liso positivo. Paciente evoluciona satisfactoriamente con tratamiento sintomático tras suspender exposición toxina.

Palabras clave: pancreatitis aguda tóxica, glifosato, toxina.

GLYPHOSATE TOXIC FOR ACUTE PANCREATITIS. REPORT OF A CASE

Summary

Toxic pancreatitis is a rare clinical entity (1.4 to 0.3%) whose pathogenesis is due to allergic reaction or direct toxicity of the drug. The diagnosis is made in patients with clinically suspected with a history of exposure to toxins, in which other etiologies are discarded. The clinical picture is characterized by acute episode of pancreatitis during exposure to toxin improves after stopping exposure.

We report a patient who enters the hospital IVSS Dr Miguel Pérez Carreño, exposed to glyphosate with clinical symptoms of acute pancreatitis with impaired hepatocellular, pancreatic enzymes and direct hyperbilirubinemia. Abdominal CT: pancreatitis Balthazar B. Abdominal ultrasound: enlarged pancreas. NMR cholangiographic effect: unaltered. Endoscopic ultrasound enlarged pancreas. Ac positive immunological anti smooth muscle test. Patient progressed satisfactorily with symptomatic treatment after stopping toxin exposure.

Key words: Toxic acute pancreatitis, glyphosate toxin.



Introducción

La pancreatitis tóxica es una entidad clínica poco frecuente (1,4 a 0,3%) cuya patogenia se debe a reacción alérgica o toxicidad directa del fármaco. Su diagnóstico se basa en el descarte de las otras etiologías y la sospecha clínica ante el paciente que se encuentra expuesto a toxinas y durante la exposición presentan episodio de pancreatitis aguda de curso leve que mejoran tras suspender dicha exposición. El glifosato es un herbicida utilizado frecuentemente en la agricultura para el control y eliminación de plantas parasitarias siendo responsable de accidentes laborales. Entre las reacciones tóxicas producidas se describen, entre otras, manifestaciones gastrointestinales como náuseas vómitos, dolor abdominal y pancreatitis.^{1,2}

Se trata de paciente masculino de 47 años de edad, oficio agricultor expuesto a paraquat y glifosato con antecedentes de colecistectomía 6 años previo a su ingreso y 03 episodios de ictericia (2 de etiología no precisada y 1 por pancreatitis aguda) quien refiere inicio de enfermedad 4 días previos a su ingreso cuando comienza a presentar dolor en epigastrio de fuerte intensidad, irradiado en banda, que cedía con analgésicos, concomitante vómitos en #3 precedidos de náuseas y tinte icterico de piel y mucosa.

Antecedentes de importancia

Colecistectomía por litiasis vesicular hace 6 años.

3 episodios de ictericia (1 por pancreatitis y 2 de etiología no precisada)

Apendicectomía hace 9 años. Niega OH, drogas, tabáquicos.

Examen físico de ingreso

TA: 123/96mmHg FC: 81lpm FR:20rpm paciente en estables condiciones generales Piel: normo térmica con tinte icterico de piel y mucosas. Mucosa oral con saliva espesa. Abdomen: plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando, deprimible con dolor a la palpación de epigastrio no megalias ni tumoraciones. Resto examen físico sin alteraciones.

Perfil Laboratorio

Elevación enzimas hepatocelulares y pancreáticas. Hiperbilirrubinemia directa (Tabla 1).

TAC Abdominopélvica (30/12/11): páncreas edematoso, aumentado de tamaño, bordes difusos compatible con pancreatitis Balthazar B (Figura 1).

Ultrasonido Abdominal (02/01/12): páncreas aumentado de tamaño (Figura 2).

RMN con efecto colangiográfico (09/01/12): no se evidencia dilatación de vías biliares ni imágenes de defecto en su interior (Figura 3).

Ultrasonido Endoscópico (09/01/13): vías biliares sin dilatación ni imágenes ecogénicas en su interior, no hay imágenes de LOE. Páncreas aumentado de tamaño, de bordes difusos con área, edematoso.

Test inmunológicos

Ac anti músculo liso positivo. (Resultados no concluyentes) (Tabla 2).

Paciente evoluciona satisfactoriamente 7 días posterior al inicio del cuadro clínico. Se egresa sin dolor ni ictericia y paraclínicos: Leucocitos 5400 neut 61% linf 32% PLT. 258 TGO: 46 TGP: 32 ALP: 64, BD: 2,2 BI 2, BD 0,2 creatinina: 0,9 Amilasa: 51 (01/03/12).

Cuadro 1 Laboratorio

	26/12/11	27/12/11	29/12/11	02/01/12
TGO		139	82	36
TGP		213	206	106
Amilasa			1001	79
Lipasa			2546	285
BT		6.98	4.58	1.37
BD		5.17	2.79	0.51
BI		1.81	1.79	0.86
Fosfatasa alcalina	121		163	106
GGT	267		239	152
LDH			191	126

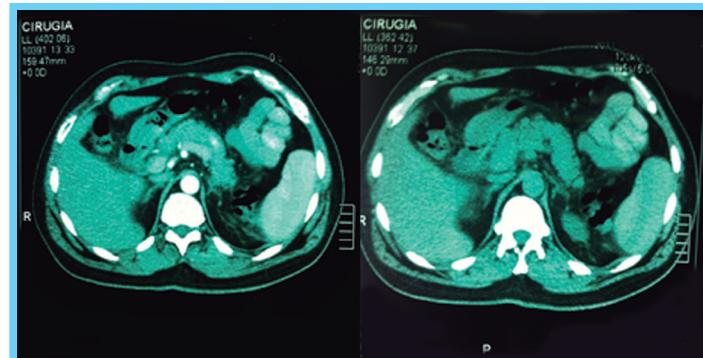


Figura 1 TAC Abdominopélvica

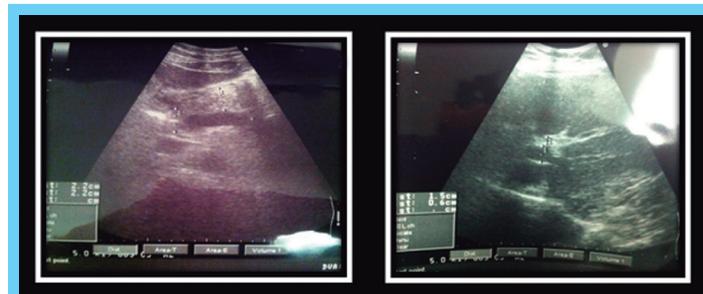


Figura 2 Ultrasonido Abdominal

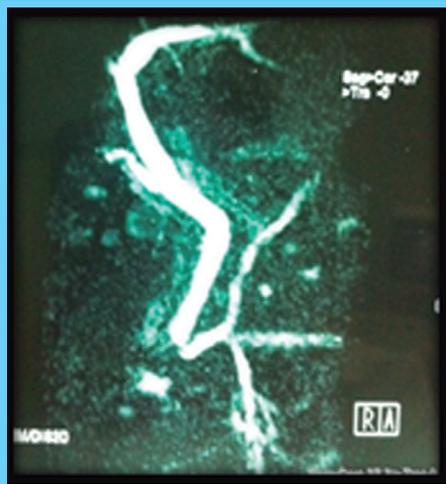


Figura 3 RMN con efecto colangiográfico

disfunción del esfínter de Oddi (<5%) y en un porcentaje muy pequeño de origen tóxico (<5%).⁴

El glifosato es un herbicida utilizado frecuentemente en la agricultura para el control y eliminación de plantas parasitarias siendo responsable de accidentes laborales.^{1,2} Entre las reacciones tóxicas producidas se describen, entre otras, manifestaciones gastrointestinales como náuseas vómitos, dolor abdominal y pancreatitis. Es por tal motivo que debe enfocarse no sólo exámenes paraclínicos sino en el antecedente del paciente tales como ocupación, ingesta o exposición a cualquier medicamento o producto químico para llegar al diagnóstico oportunamente. En el caso de nuestro paciente fueron descartadas todas las etiologías comunes, planteándose que su ocupación lo expuso a algún producto tóxico, tal como el glifosato, el cual dentro de sus efectos adversos se describe la pancreatitis y aunque no hay casos publicado, en el hospital universitario de canarias se reportó un paciente masculino de 42 años que posterior a ingesta de glifosato, por intento de autolisis, presentó pancreatitis aguda.³

Conclusión

La pancreatitis tóxica es poco frecuente, sin embargo, ante un paciente donde fueron descartadas todas las etiologías posible según la frecuencia de presentación, debe sospecharse la exposición a un factor tóxico y más aún si es como el caso del paciente presentado, quien tenía antecedentes de pancreatitis recurrentes sin etiología precisa, siendo una herramienta importante al momento del interrogatorio para plantear la sospecha y así llegar al diagnóstico certero.

Clasificación

Área: gastroenterología
Tipo: clínico
Tema: páncreas
Patrocinio: este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o comercial.



Figura 4 Ultrasonido Endoscópico

Cuadro 2 Perfil inmunológico

Estudio realizado	Resultado
Anticuerpos anti musculo liso	Positivo 1+
Complejo inmune Circulante (ligado aC1q)	Negativo
ANA	Negativo
Inmunoglobulina IG subclase 4 0,387	Negativo

Discusión

La pancreatitis aguda es una entidad clínica que puede tener diversas etiologías tales como litiasica (40%), alcohólica (30%), Idiopática (15%) metabólicas (5%), inmunológicas (5%), por

Referencias bibliográficas

1. Sleisenger and Fordtran´s, Gastrointestinal and liver disease, 2002, 7th ed, Saunders.
2. Lee HL et al. Clinical presentations and prognostic factors of a glyphosate-surfactant herbicide intoxication: a review of 131 cases. Acad Emerg Med 2000;7(8):906-10.
3. Stella J, Ryan M. Glyphosate herbicide formulation: A potentially lethal ingestion. Emerg Med Australas. 2004;16 (3):235-9.
4. Scelza, A. Pancreatitis Aguda, Hospital Macie disponible en <http://www.mednet.org.uy/cq3/emc/monografias/pa-062003.pdf>.

Eliana González y col. Pancreatitis aguda tóxica por glifosato. A propósito de un caso. Revista Gen 2014;68(2):58-60

