



Diagnóstico Precoz y Tratamiento Conservador de la Pancreatitis Aguda en el Tercer Trimestre del Embarazo: Reporte de Caso

Early Diagnosis and Conservative Management of Acute Pancreatitis in the Third Trimester of Pregnancy: A Case Report

Paula Cecilia Rodríguez Villalobos (Autor Correspondiente)

paulacrv26@gmail.com

ORCID: 0009-0003-4590-8610

Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Dr. Jesús Kumate Rodríguez, Cancún, México

IMSS-BIENESTAR, Servicios Públicos de Salud, México

Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán, México.

Alejandro Lenin Villalobos Rodríguez

alejandrovillalobos96@hotmail.com

ORCID: 0000-0001-8410-0209

Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de Playa del Carmen, Quintana Roo, México

IMSS-BIENESTAR, Servicios Públicos de Salud, México.

Aceptación: 15 de octubre de 2025

Publicación: 5 de febrero de 2026

Resumen

La pancreatitis aguda en el embarazo (APIP) es una emergencia médica-obstétrica potencialmente grave; puede tener un diagnóstico complicado por superposición de síntomas y cambios normales del embarazo, que pueden retrasar el tratamiento oportuno y aumentar el riesgo. Se expone un caso clínico de APIP en un hospital de atención secundaria, correspondiente a una paciente de 28 años con 33 semanas de gestación, la cual mostraba dolor epigástrico agudo, náuseas y vómitos. Su evaluación clínica incluyó examen físico, análisis de laboratorio y ecografía abdominal. Los resultados de laboratorio evidenciaron enzimas pancreáticas elevadas e hipertrigliceridemia, mientras que la ecografía reveló lodo biliar sin presencia de cálculos. El diagnóstico fue pancreatitis biliar aguda leve y se aplicó tratamiento conservador con hidratación intravenosa, analgesia, reposo pancreático y monitorización continua multidisciplinaria materno-fetal, logrando mejora clínica y bioquímica progresiva, hasta obtener el alta hospitalaria. Así, el embarazo pudo continuar hasta término, con cesárea electiva y colecistectomía posparto diferida. Esto resalta que optar por un enfoque diagnóstico sistemático y un manejo conservador oportuno en la pancreatitis aguda leve, respalda el tratamiento expectante y la intervención quirúrgica retrasada en pacientes estables del tercer trimestre de gestación. Por ende, la APIP requiere reconocimiento rápido y atención multidisciplinaria, puesto que el manejo conservador es seguro y eficaz solo si se asegura monitorización estrecha y resolución quirúrgica posparto planificada.

Abstract

Acute pancreatitis in pregnancy (APIP) is a potentially serious medico-obstetric emergency; its diagnosis may be challenging due to the overlap of symptoms and physiological changes of pregnancy, which can delay timely treatment and increase risk. This report presents a clinical case of APIP managed at a secondary-level hospital, involving a 28-year-old patient at 33 weeks of gestation who presented with acute epigastric pain, nausea, and vomiting. Clinical evaluation included physical examination, laboratory testing, and abdominal ultrasonography. Laboratory findings demonstrated elevated pancreatic enzyme levels and hypertriglyceridemia, while ultrasonography revealed biliary sludge without evidence of gallstones. The diagnosis was mild acute biliary pancreatitis, and conservative management was initiated, consisting of intravenous hydration, analgesia, pancreatic rest, and continuous multidisciplinary maternal-fetal monitoring. Progressive clinical and biochemical improvement was achieved, leading to hospital discharge. Consequently, the pregnancy progressed to term, with elective cesarean delivery and delayed postpartum cholecystectomy. These findings underscore that a systematic diagnostic approach and timely conservative management of mild acute pancreatitis support expectant treatment and delayed surgical intervention in stable patients during the third trimester of pregnancy. Therefore, APIP requires prompt recognition and multidisciplinary care, as conservative management is safe and effective only when close monitoring and planned postpartum surgical resolution are ensured.

Palabras clave: Pancreatitis Aguda; Embarazo; Pancreatitis Biliar; Hipertrigliceridemia; Tratamiento Conservador; Tercer Trimestre del Embarazo; Colectiliasis

Keywords: Acute Pancreatitis; Pregnancy; Biliary Pancreatitis; Hypertriglyceridemia; Conservative Treatment; Trimester Third; Cholelithiasis



Introducción

La pancreatitis aguda constituye una de las principales urgencias gastrointestinales y se define por la inflamación súbita del páncreas, acompañada de la liberación de enzimas digestivas que ocasionan autodigestión y daño local o sistémico (Ríos-Cruz et al., 2015; Cruciat et al., 2020; González-González et al., 2020; Serrano-Berrones et al., 2021; Szatmary et al., 2022). Aunque su incidencia ha aumentado en la población general durante las últimas décadas, su presentación durante el embarazo es infrecuente, con tasas estimadas entre 1 por 1000 y 1 por 10 000 embarazos (Ríos-Cruz et al., 2015; Luo et al., 2018; Kumar-M et al., 2022). Por lo que, pese a su baja frecuencia, la pancreatitis aguda en el embarazo (por sus siglas en inglés APIP) representa una entidad clínicamente relevante por su potencial repercusión materno-fetal.

Lo anterior se debe a que el embarazo induce modificaciones fisiológicas y metabólicas que incrementan la susceptibilidad a esta complicación. Entre estas se incluyen el retraso del vaciamiento vesicular mediado por progesterona, el aumento de los niveles séricos de triglicéridos y las alteraciones de la motilidad intestinal (Cruciat et al., 2020). En este contexto, los cálculos biliares y la hipertrigliceridemia se reconocen como las principales etiologías, con una marcada variabilidad regional. En Latinoamérica predominan las causas biliares, que representan hasta el 96 % de los casos reportados en México (González-González et al., 2020; Hot et al., 2019), mientras que en países asiáticos la hipertrigliceridemia supera la mitad de los casos y se asocia a formas clínicas de mayor gravedad (González-González et al., 2020; Gupta et al., 2022; Rawla et al., 2018). Otras etiologías descritas comprenden la pancreatitis inducida por fármacos, el consumo de alcohol, los trastornos autoinmunes y las causas idiopáticas (Coto Chávez et al., 2019).

El pronóstico de la APIP ha mostrado una mejoría sustancial en las últimas décadas como resultado del diagnóstico más precoz, los avances en la atención de soporte y la adopción de estrategias de manejo multidisciplinarias (Hughes et al., 2022; Maringhini et al., 2024). A nivel mundial, la mortalidad materna ha disminuido en un 40 %, reduciéndose de 328 a 197 muertes por cada 100 000 nacidos vivos (Unicef, 2025). Sin embargo, persisten desafíos clínicos relevantes, entre ellos la ausencia de escalas pronósticas de gravedad validadas específicamente para pacientes embarazadas (Yang & Hu, 2022), la falta de guías obstétricas para el manejo de la hipertrigliceridemia gestacional (Gupta et al., 2022) y la limitada disponibilidad de estudios multicéntricos en América Latina que fortalezcan la evidencia regional (González-González et al., 2020).

En ese sentido, los reportes de caso adquieren relevancia, dado que permiten generar evidencia clínica aplicada, documentar la variabilidad en la presentación y los desenlaces, y reforzar la necesidad de protocolos institucionales que integren algoritmos de diagnóstico oportuno. La ecografía empleada como técnica de imagen inicial, criterios de derivación definidos y abordajes terapéuticos ajustados a la etiología y al trimestre gestacional (Kumar-M et al., 2022; Maringhini et al., 2024). Asimismo, resaltan la relevancia de la coordinación entre los servicios de obstetricia, cirugía general, medicina interna o gastroenterología y cuidados intensivos como estrategia clave para optimizar los resultados materno-fetales (Maringhini et al., 2024).

En línea con lo anterior, este reporte describe la presentación clínica, el proceso diagnóstico, el manejo terapéutico y los resultados materno-fetales de un caso de APIP presentado durante el tercer trimestre del embarazo en un hospital de atención secundaria. La evaluación diagnóstica comprendió desde una valoración clínica estructurada, estudios de laboratorio (amilasa sérica, lipasa, triglicéridos y marcadores inflamatorios) hasta la ecografía abdominal como principal técnica de imagen; obteniéndose información también a partir de las historias clínicas, con registro de las estrategias terapéuticas aplicadas, la intervención multidisciplinaria y la evolución del caso.

Además, este reporte de caso dispone del consentimiento informado por escrito de la paciente para su publicación, y ha sido elaborado conforme a la Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (Asociación Médica Mundial, 2024) y en cumplimiento de la normativa nacional vigente en investigación en seres humanos. También se evaluó y aprobó por el Comité de Ética e Investigación del Hospital General de Cancún, mediante los dictámenes CEI-2025-017-HGC y CI-2025-017-HGC, con garantía de confidencialidad, anonimato y respeto por la autonomía de la paciente.





Presentación del caso

Paciente de sexo femenino de 28 años, con antecedente de gesta 2 y un parto vaginal previo sin complicaciones, sin antecedentes médicos personales ni familiares de relevancia, acudió al servicio de urgencias a las 33 semanas y 3 días de gestación por dolor epigástrico de inicio súbito con irradiación a la región lumbar. El dolor se describió como intenso y continuo, acompañado de náuseas y vómitos persistentes. Se negó la presencia de fiebre, diarrea, síntomas urinarios, consumo de alcohol o uso reciente de fármacos con potencial pancreatotóxico.

Al inicio de la evaluación médica, la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, su presión arterial era de 135/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 108 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno del 98 % en aire ambiente y una temperatura corporal de 38.3 °C. Luego, mediante la exploración física se constató un abdomen blando, dolor a la palpación profunda en epigastrio y cuadrante superior derecho, sin defensa ni signos de irritación peritoneal. Con la valoración obstétrica se halló una altura uterina coherente con la edad gestacional, movimientos fetales conservados, ausencia de contracciones uterinas y una frecuencia cardíaca fetal dentro de rangos normales.

Derivado de los exámenes de laboratorio, se evidenció una marcada elevación de las enzimas pancreáticas, con amilasa sérica de 989 U/L (valor de referencia \leq 100 U/L) y lipasa de 1340 U/L (valor de referencia \leq 60 U/L). En consecuencia, se identificó leucocitosis de 15 800/mm³ (referencia 4000-10 000/mm³) e hipertrigliceridemia moderada de 350 mg/dL (referencia <150 mg/dL). Sin embargo, las pruebas de función hepática, los niveles de bilirrubina, el recuento plaquetario, la función renal y el perfil de coagulación, se ubicaron dentro de parámetros adecuados.

A través de la ecografía abdominal se detectó un leve aumento del volumen pancreático y que la vesícula biliar contenía lodo biliar, pese a no hallar presencia de cálculos ni dilatación de la vía biliar. Mientras tanto, con la ecografía obstétrica se confirmó la presencia de un feto único vivo, cuya biometría era acorde a la edad gestacional, sin signos de compromiso fetal.

En ese sentido, el diagnóstico de APIP se estableció con base en el dolor abdominal característico y los niveles de enzimas pancreáticas superiores al triple del límite superior normal. Por ende, se consideró que la etiología biliar era la causa más probable, debido a la presencia de barro biliar, la ausencia de consumo de alcohol, las enzimas hepáticas normales y los niveles de triglicéridos por debajo del umbral, hecho típicamente asociado con la pancreatitis inducida por hipertrigliceridemia (>1000 mg/dL). Por lo tanto, se consideró improbable una etiología mixta.

La enfermedad se clasificó como una pancreatitis aguda leve, en base a la ausencia de respuesta inflamatoria sistémica persistente, insuficiencia orgánica o complicaciones locales. No obstante, es importante mencionar que los sistemas de puntuación pronóstica, como la escala Ranson, el Índice de Gravedad de la Pancreatitis Aguda (BISAP) y el Sistema de Clasificación de Fisiología Aguda y Enfermedades Crónicas II (APACHE II), no se aplicaron formalmente, dada su limitada validación en pacientes embarazadas; en su lugar, la evaluación de la gravedad se realizó considerando la estabilidad clínica, las tendencias de laboratorio y los hallazgos de imagen.

Ante lo señalado, se inició un tratamiento conservador, consistente en hidratación intravenosa con cristaloïdes y solución de Ringer lactato (aproximadamente 2000-2500 ml/día, ajustada según el estado hemodinámico y la diuresis), analgesia con paracetamol intravenoso y opioides como terapia de rescate. Igualmente, se propuso un tratamiento antiemético con ondansetron y reposo pancreático con ayuno absoluto. Por último, se realizó una monitorización materno-fetal continua.

Por otra parte, el manejo interdisciplinario incluyó obstetricia, cirugía general y medicina interna. Para ello, no se solicitaron consultas de gastroenterología ni nutrición, debido a la rápida mejoría clínica y la evolución bioquímica favorable. Finalmente, los criterios para la reintroducción de la alimentación oral incluyeron la resolución del dolor abdominal, la ausencia de vómitos y una clara tendencia a la disminución de los niveles de enzimas pancreáticas. De esa forma, la alimentación oral se reanudó sin complicaciones.





Tabla 1
Evolución de parámetros de laboratorio

Día	Amilasa (U/L)	Lipasa (U/L)	Leucocitos (/mm ³)	Triglicéridos (mg/dL)	Curso clínico
Admisión	989 (<100)	1340 (<60)	15 800 (4000-10 000)	350 (<150)	Diagnóstico confirmado, dolor severo.
Día 2	720	950	12 500	310	Reducción del dolor
Día 3	500	600	10 200	280	Mejoría progresiva
Día 4	300	380	9000	240	Reinicio de la ingesta oral
Día 5 (descarga)	120	180	7800	220	Asintomática

La Tabla 1 muestra la evolución de los parámetros del laboratorio. Ante esto, la paciente fue dada de alta al quinto día de hospitalización, con seguimiento obstétrico ambulatorio y plan de cesárea electiva y colecistectomía posparto. Tres semanas después, a las 37.6 semanas de gestación, ingresó con trabajo de parto activo. En esa medida, y considerando el reciente episodio de pancreatitis y factores obstétricos, se realizó una cesárea. Nació un bebé masculino sano, de 2750 gr, con puntuaciones de Apgar de 8 y 9; no se observaron complicaciones neonatales. Seis semanas después del parto, la paciente se sometió a colecistectomía laparoscópica electiva sin complicaciones.

Para terminar, cabe señalar que se consideraron la colecistitis aguda, el síndrome HELLP y la esteatosis hepática aguda del embarazo. A pesar de lo mencionado, la normalidad de las enzimas hepáticas, la bilirrubina, el recuento plaquetario y el perfil de coagulación, junto con la ausencia de hemólisis o hipoglucemias, evidencian que estos diagnósticos eran improbables.

Discusión

La APIP constituye una afección poco frecuente, con incidencias reportadas entre 1 por cada 1000 y 1 por cada 10 000 embarazos; no obstante, se reconoce como una emergencia médico-obstétrica por sus potenciales consecuencias maternas y fetales ([Ríos-Cruz et al., 2015](#); [Kumar-M et al., 2022](#)). Así, en concordancia con la literatura previa, la enfermedad biliar se mantiene como la etiología más frecuente, atribuida a los cambios hormonales propios del embarazo que favorecen la estasis biliar y una composición litogénica de la bilis ([González-González et al., 2020](#); [Hot et al., 2019](#); [Madro, 2022](#)).

En el presente caso, el diagnóstico de pancreatitis biliar aguda se sustentó en la identificación de lodo biliar mediante ecografía, la elevación de las enzimas pancreáticas a más de tres veces el límite superior de la normalidad y la exclusión de otras etiologías, como el consumo de alcohol o la hipertrigliceridemia grave. Con esto, se constató una hipertrigliceridemia moderada de 350 mg/dL; sin embargo, este valor se sitúa muy por debajo del umbral habitualmente asociado con pancreatitis inducida por hipertrigliceridemia (>1000 mg/dL), de acuerdo con lo descrito por [Cruciat et al. \(2020\)](#) y [Rawla et al. \(2018\)](#), lo que hace improbable una etiología mixta.

El caso adquiere relevancia clínica por varios motivos, entre ellos, la atención que tuvo lugar en un hospital de segundo nivel, donde se posibilitó establecer un diagnóstico oportuno y aplicar un manejo conservador del caso. Esto es acorde con lo señalado por [González-González et al. \(2020\)](#) y [Hot et al. \(2019\)](#), quienes concuerdan en que la pancreatitis biliar durante el embarazo puede tratarse con éxito mediante tratamiento conservador e intervenciones mínimamente invasivas, cuando la enfermedad presenta formas leves y se dispone de vigilancia estrecha. También, el reconocimiento precoz basado en la sospecha clínica y la confirmación rápida mediante estudios de laboratorio, que permitieron iniciar de manera inmediata las medidas de soporte, lo que se ha asociado con una reducción de las complicaciones y una mejoría de los resultados materno-fetales.

De otra parte, la valoración de la gravedad continúa siendo un desafío en la población gestante, debido a que las escalas pronósticas de uso habitual, como la Ranson, el BISAP y el APACHE II, carecen de validación específica en este grupo ([Yang & Hu, 2022](#)). En este caso, la severidad se estableció a partir de criterios clínicos, que incluyeron la estabilidad hemodinámica, la ausencia de falla orgánica, la falta de complicaciones locales o sistémicas y la evolución favorable de los parámetros de laboratorio, lo que permitió clasificar el cuadro como una pancreatitis aguda leve. Al respecto, estrategias comparables se han descrito en estudios observacionales y revisiones sistemáticas ([Kumar-M et al., 2022](#)).



De igual forma, el manejo conservador basado en hidratación intravenosa, analgesia, ayuno y vigilancia materno-fetal estrecha resultó efectivo, en concordancia con la evidencia que respalda el tratamiento no quirúrgico en casos leves durante el embarazo ([Madro, 2022](#); [Maringhini et al., 2024](#)). Ante ello, no se indicó una intervención quirúrgica inmediata, dado que la colecistectomía electiva en el posparto se ha vinculado con un menor riesgo obstétrico y con tasas de recurrencia inferiores en comparación con la cirugía realizada antes del parto en pacientes clínicamente estables ([Hot et al., 2019](#); [Maringhini et al., 2024](#)).

Por consiguiente, desde un enfoque crítico, las decisiones determinantes para el desenlace favorable incluyeron la confirmación diagnóstica temprana, la evitación de procedimientos quirúrgicos innecesarios y la coordinación multidisciplinaria. Esto, en tanto que un diagnóstico tardío o una intervención quirúrgica precoz podrían haber incrementado el riesgo de complicaciones maternas, parto pretérmino o compromiso fetal, como se describió en casos de mayor gravedad reportados.

En lo referente al equipo médico, este logró identificar aspectos relevantes de aprendizaje, como la necesidad de mantener un alto índice de sospecha de pancreatitis en gestantes con dolor epigástrico, la diferenciación oportuna de la pancreatitis biliar frente a otras urgencias obstétricas (síndrome HELLP o la esteatosis hepática aguda del embarazo) y la factibilidad del manejo conservador en pacientes seleccionadas de manera oportuna.

En vista de lo mencionado anteriormente, las proyecciones futuras en el ámbito médico deben estar orientadas al desarrollo de protocolos obstétricos estandarizados para la pancreatitis aguda y la validación de sistemas pronósticos en población gestante. Asimismo, la creación de estudios multicéntricos regionales podría favorecer la caracterización con mayor precisión de los resultados en hospitales de segundo nivel. En consecuencia, se posibilitaría una atención homogénea y la reducción de la morbilidad y la mortalidad materno-fetal.

Conclusiones

Este caso destaca que, si hay un diagnóstico temprano de la APIP y esta es clasificada como leve, es posible un manejo exitoso, con tratamiento conservador y monitoreo materno-fetal cercano, incluso en un hospital de segundo nivel. En ese sentido, la sospecha clínica oportuna, la pronta confirmación de laboratorio, la evitación de intervenciones quirúrgicas innecesarias y la atención multidisciplinaria coordinada se convierten en factores determinantes para ello. Esto se debe a que la experiencia refuerza la factibilidad y la seguridad del manejo expectante con colecistectomía posparto diferida en casos biliares seleccionados, con lo que se reducen los riesgos obstétricos y neonatales. Sin embargo, la información obtenida en este reporte de caso se ve limitada por el diseño de caso único y la ausencia de herramientas pronósticas validadas específicas para pacientes embarazadas, lo que subraya la necesidad de estudios multicéntricos regionales y protocolos obstétricos estandarizados. En síntesis, se reafirma que, en entornos con escasos recursos, la detección temprana y el manejo conservador interdisciplinario pueden ser decisivos para lograr desenlaces materno-fetales favorables.

Referencias

Asociación Médica Mundial. (2024). Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos. Recuperado el 3 de octubre de 2025, de

<https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Coto Chávez, C., Gómez Hernández, C., & Riggioni Benavides, V. (2019). Pancreatitis aguda en el embarazo. *Revista Médica Sinergia*, 4(11), e288. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i11.288>

Cruciat, G., Nemeti, G., Goidescu, I., Anitan, S., & Florian, A. (2020). Hypertriglyceridemia triggered acute pancreatitis in pregnancy – diagnostic approach, management and follow-up care. *Lipids in Health and Disease*, 19(2). <https://doi.org/10.1186/s12944-019-1180-7>

González-González, J. A., Herrera-Quiñones, G., Borjas-Almaguer, O. D., Monreal-Robles, R., González-Moreno, E. I., González-Campos, T., Maldonado-Garza, H. J., & García-Compeán, D. (2020). El impacto del embarazo en el desenlace de pancreatitis biliar aguda. *Revista de Gastroenterología de México*, 85(4), 416-420. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2019.10.008>





Gupta, M., Liti, B., Barrett, C., Thompson, P. D., & Fernandez, A. B. (2022). Prevention and management of hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis during pregnancy: A systematic review. *The American Journal of Medicine*, 135(6), 709–714.
<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.12.006>

Hot, S., Eğin, S., Gökc̄ek, B., Yeşiltaş, M., & Karakaş, D. Ö. (2019). Acute biliary pancreatitis during pregnancy and in the post-delivery period [PDF]. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 25(3), 253–258.
<https://doi.org/10.14744/tjes.2019.03846>

Hughes, D. L., Hughes, A., White, P. B., & Silva, M. A. (2022). Acute pancreatitis in pregnancy: meta-analysis of maternal and fetal outcomes. *British Journal of Surgery*, 109(1), 12–14.
<https://doi.org/10.1093/bjs/znab221>

Kumar-M, P., Singh, A. K., Samanta, J., Birda, C. L., Kumar, N., Dhar, J., Gupta, P., & Kochhar, R. (2022). Acute pancreatitis in pregnancy and its impact on the maternal and foetal outcomes: A systematic review. *Pancreatology*, 22(2), 210–218. <https://doi.org/10.1016/j.pan.2021.12.007>

Luo, L., Zen, H., Xu, H., Zhu, Y., Liu, P., Xia, L., He, W., & Lv, N. (2018). Clinical characteristics of acute pancreatitis in pregnancy: Experience based on 121 cases. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 297(2), 333–339.
<https://doi.org/10.1007/s00404-017-4558-7>

Madro, A. (2022). Pancreatitis in pregnancy—comprehensive review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 16179.
<https://doi.org/10.3390/ijerph192316179>

Maringhini, A., Rossi, M., Patti, R., Maringhini, M., & Vassallo, V. (2024). Acute pancreatitis during and after pregnancy: A review. *Journal of Clinical Medicine*, 13(7).
<https://doi.org/10.3390/jcm13072028>

Rawla, P., Sunkara, T., Thandra, K. C., & Gaduputi, V. (2018). Hypertriglyceridemia-induced pancreatitis: Updated review of current treatment and preventive strategies. *Clinical Journal of Gastroenterology*, 11, 441–448.
<https://doi.org/10.1007/s12328-018-0881-1>

Ríos-Cruz, D., Valerio-Ureña, J., & Santiago-Pérez, F. (2015). Prevalence of acute pancreatitis in pregnancy. *Revista Chilena de Cirugía*, 67(1), 38–42.
<https://doi.org/10.4067/S0718-40262015000100006>

Serrano-Berrones, M. Á., López-Briones, H. E., & Serrano-Beltrán, I. A. (2021). Pancreatitis aguda recurrente durante el embarazo: reporte de un

caso. *Ginecología y Obstetricia de México*, 89(6), 503–508.
<https://doi.org/10.24245/gom.v89i6.3628>

Szatmary, P., Grammatikopoulos, T., Cai, W., Huang, W., Mukherjee, R., Halloran, C., Beyer, G., & Sutton, R. (2022). Acute pancreatitis: Diagnosis and treatment. *Drugs*, 82, 1251–1276.
<https://doi.org/10.1007/s40265-022-01766-4>

United Nations Children's Fund. (2025). Maternal mortality. UNICEF Data. Recuperado el 8 de octubre de 2025.
<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>

Yang, Q.-Y., & Hu, J.-W. (2022). Prediction of moderately severe and severe acute pancreatitis in pregnancy: Several issues. *World Journal of Gastroenterology*, 28(33), 4926–4928.
<https://doi.org/10.3748/wjg.v28.i33.4926>

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Financiación

Todos los costos asociados a la realización de este estudio fueron cubiertos por el autor. No se recibió financiación, subvención ni patrocinio externo.

Consentimiento informado

Para la publicación de este informe de caso y cualquier imagen adjunta, se contó con el consentimiento informado por escrito del paciente. La revista conserva una copia del consentimiento por escrito para su revisión.

Nota del editor

La revista Sciencevolution mantiene una posición neutral respecto a posibles reclamaciones jurisdiccionales derivadas de mapas publicados o afiliaciones institucionales.

© El/los autor(es) 2026. Este artículo se distribuye bajo los términos de la Licencia Internacional Creative Commons Atribución 4.0 (CC BY 4.0), que permite el uso, la distribución, la adaptación y la reproducción en cualquier medio o formato, siempre que se otorgue el crédito adecuado al/los autor(es) y a la fuente, se incluya un enlace a la licencia y se indique si se han realizado cambios.

Las imágenes u otro material de terceros incluidos en este artículo están cubiertos por la licencia Creative Commons del artículo, salvo que se indique lo contrario en una línea de crédito. Si el material no está incluido en la licencia Creative Commons y el uso previsto no está permitido por la legislación vigente o excede el uso permitido, será necesario obtener autorización directamente del titular de los derechos.

Puede consultarse una copia de la licencia en: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

La renuncia a la dedicación al dominio público de Creative Commons (CC0 1.0: <http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) Se aplica a los datos disponibles en este artículo, salvo indicación contraria en la línea de crédito correspondiente.

