



Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina
Universidad de la República. Uruguay 2018

PANCREATITIS AGUDA

Dr. Santiago Cubas Bozzolo

Definición

La pancreatitis aguda (PA) es un proceso inflamatorio agudo del páncreas reversible que puede comprometer por contigüidad estructuras vecinas e incluso desencadenar disfunción de órganos y sistemas distantes.

Es una enfermedad frecuente que suele presentar un curso leve y autolimitado, pero un porcentaje no despreciable puede desarrollar complicaciones locales o sistémicas con una morbimortalidad elevada.

Su incidencia es de aproximadamente 25 en 100.000 habitantes siendo la quinta causa de ingreso por patología quirúrgica en nuestro país.

Su forma de presentación variada con distinto tipo de severidad y pronóstico hacen que su tratamiento sea también diferente según el caso.

Etiopatogenia

La causa más común se vincula a la migración litiasica desde la vesícula biliar al duodeno, conociéndose como PA biliar. Pero si bien es la principal causa a nivel mundial, solo del 1 al 8 % de los pacientes con litiasis biliar desarrollan esta enfermedad. En nuestro medio es la etiología más frecuente constituyendo el 75% de los casos; le sigue en frecuencia la etiología alcohólica (12%) y la post colangiendoscópica retrógrada (3%). Otras causas poco frecuentes son la hiper-trigliceridemia, hipercalcemia, tóxicas e infecciosas.

A partir del contacto con la noxa los eventos se desencadenan en una *fase temprana* que se inicia a los minutos provocando la injuria a nivel de la célula acinar con activación y liberación de mediadores de la respuesta inflamatoria (citoquinas, activación del complemento, interleuquinas, etc). En las horas siguientes (*fase tardía*) se amplifica la respuesta inflamatoria desencadenando un

efecto sistémico con síndrome de fuga capilar, fiebre e hipotensión.

Manifestaciones clínicas

Sintomatología: El síntoma cardinal es el dolor abdominal. La mayoría de los pacientes con PA presentan un dolor epigástrico intenso de inicio agudo, generalmente sin pródromos y rápidamente alcanza una intensidad máxima. Se mantiene con intensidad media a alta generalmente unos días. Es característica la irradiación al hipocondrio izquierdo y a dorso provocando el clásico dolor en “barra” o en “cinturón”. Aproximadamente un 90% de los pacientes asocian náuseas y vómitos; éstos pueden ser profusos y biliosos en las primeras 48 horas.

Exámen físico: Dependerá de la severidad de la PA. Los pacientes con PA leve presentan casi exclusivamente dolor epigástrico. Sin embargo los pacientes con PA moderada o severa suelen permanecer inmóviles ya que los movimientos exacerbaban el dolor. La presencia de polipnea y taquicardia junto a otros signos de hipovolemia y de respuesta inflamatoria sistémica son característicos de estas formas.

Otros hallazgos que sugieren una complicación locoregional son: dolor y defensa en hemiabdomen superior, distensión y silencio abdominal secundario al íleo regional así como derrame pleural izquierdo. También puede evidenciarse una ictericia obstructiva asociada cuando existe una coledocolitiasis.

En menos del 3% de los pacientes se ven los signos de Grey Turner o Cullen correspondientes a una equimosis de flanco y periumbilical. Estos hallazgos clínicos traducen una hemorragia retroperitoneal en el contexto de una PA con necrosis.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio.

La *amilasa sérica* se eleva a partir de las 6 a 12 horas de iniciada la PA. La amilasa tiene una vida media de 10 horas y en cuadros que tienden a la resolución espontánea su valor vuelve a la normalidad en 3 a 5 días. Una elevación de la amilasa mayor a 3 veces su

valor sérico normal es un pilar para el diagnóstico de PA.

La elevación de la *lipasa sérica* ocurre antes y dura más tiempo que la amilasa. Es por esto que cobra mayor jerarquía en los pacientes con cuadros evolucionados con inicio de los síntomas hace más de 24 horas.

Imagenología

Ecografía abdominal

Es el primer estudio imagenológico solicitado en la urgencia, ante un cuadro biliopancreático. Es útil para valorar si existe litiasis vesicular que sugiera una etiología litiásica de la PA. Se puede ver al páncreas difusamente agrandado e hipoecoico aunque a veces el íleo regional dificulta su visualización.

Tomografía computada

Es el estudio de elección para valorar la PA; confirma el diagnóstico, valora complicaciones loco-regionales y evidencia si existe o no necrosis pancreática, además de excluir otras patologías. Para un mayor rendimiento la misma debe hacerse con contraste intravenoso y luego de las 72 horas de iniciado el episodio agudo. Los signos más frecuentes son el ensanchamiento pancreático de contornos mal definidos, el aumento de la densidad de la fascia de Gerota izquierda (y fascia lateroconal) y el derrame pleural izquierdo.

El índice de severidad combinando los criterios de Balthazar con el porcentaje de necrosis de la glándula pancreática (según la necrosis afecte menos del 30%, entre 30 y 50% o mayor al 50%) permite estimar tempranamente aquellos pacientes con mayor riesgo de evolución hacia complicaciones.

Criterios de Balthazar:

- A: Páncreas normal.
- B: Aumento focal o difuso del páncreas.
- C: Alteraciones pancreáticas asociadas con inflamación peripancreática.
- D: Colección líquida única.
- E: Dos o más colecciones líquidas o presencia de gas en o adyacente al páncreas.

Resonancia nuclear magnética

Es el mejor estudio para diferenciar necrosis parenquimatosa de colecciones peripancreáticas, ante dudas en la tomografía. Si bien aporta también los signos diagnósticos, es

menos disponible y accesible que la tomografía. La colangiografía se limita a aquellos pacientes en los que se sospecha una coledocolitiasis.

Diagnóstico

El diagnóstico de PA se realiza con dos de los siguientes criterios: dolor característico en hemiabdomen superior, amilaseemia elevada tres veces sobre lo normal y/o evidencia imagenológica de pancreatitis por tomografía computada o ecografía.

Se plantean diagnósticos diferenciales con otros cuadros dolorosos abdominales, como la perforación de visera hueca, isquemia intestino mesentérica, obstrucción o vólvulo intestinal y colecistitis aguda.



PA intersticial edematosa (realce de fascia de Gerota)



Pancreatitis con necrosis del sector céfalo-pancreático.

Diagnóstico de severidad

- La PA leve es la más frecuente (65%) y se caracterizan por no presentar falla

orgánica y no tener complicaciones locales o sistémicas. El curso evolutivo de estos enfermos es generalmente bueno con resolución del cuadro rápidamente.

- La PA moderada (25%), se define por presentar falla orgánica transitoria (menor a 48 horas) y/o complicaciones locales o sistémicas.
- La PA severa se caracteriza por presentar falla orgánica persistente (más de 48 horas). Si bien representa el 10% de la PA, la mortalidad en este subgrupo de enfermos asciende al 30-50%.

Grados de severidad de la PA - clasificación 2012

Pancreatitis aguda leve

- Sin falla orgánica
- Ausencia de complicaciones locales o sistémicas

Pancreatitis aguda moderada

- Falla orgánica que se resuelve en menos de 48 hs (falla orgánica transitoria) y/o
- Complicaciones locales o sistémicas (estériles o infectadas) sin falla orgánica persistente

Pancreatitis aguda severa

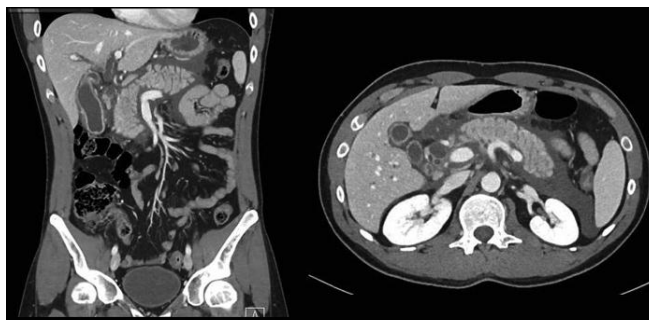
- Falla orgánica única o múltiple persistente

Complicaciones

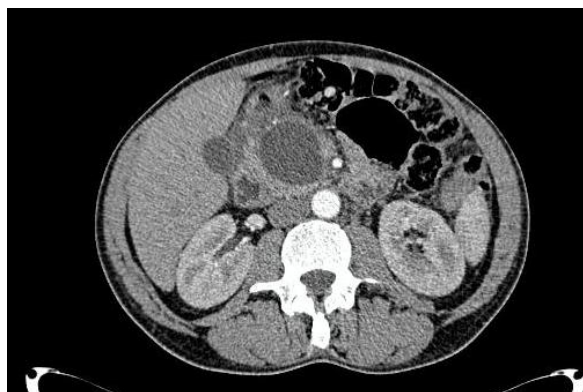
La PA puede evolucionar hacia complicaciones locales:

- *tempranas* que suceden en las primeras 4 semanas de iniciado el cuadro, entre las que se distinguen la colección líquida aguda (CLA) y la necrosis pancreática aguda (NPA)
- *tardías* (a partir de las 4 semanas) representadas por la necrosis encapsulada (WON, de *Walled-off necrosis*) y el psuedoquistes pancreático (PQ).

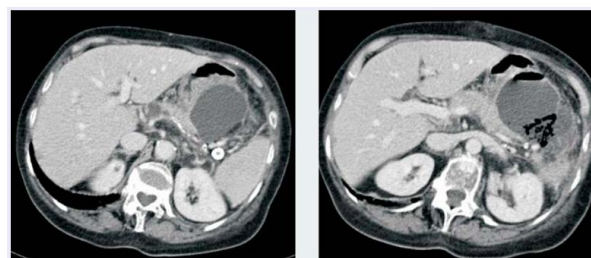
Cualquiera de las cuatro complicaciones locales puede mantenerse estériles o sobreinfectarse. La infección es excepcional durante la primera semana; se sospecha ante un cambio clínico del paciente, aparición de disfunciones, fiebre y elevación de parámetros infecciosos. La imagen puede contribuir al diagnóstico evidenciando gas en áreas donde existe necrosis pancreática o líquido. La



Colección líquida aguda en una PA intersticial edematosa. Tomado de Banks Consensus. Gut 2013;62:102



Necrosis cefalopancreática encapsulada



Sobreinfección de una CLA

infección puede agravar la situación clínica y comprometer el pronóstico del enfermo.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la PA es médico y consiste en internar al paciente para realizar medidas de sostén: aporte de fluidos, nutrición, analgesia y observar sus signos vitales (PA, frecuencia cardíaca y respiratoria, estado de conciencia, temperatura y diuresis) y controles hematimétricos, pesquizando disfunción sistémica. No está indicada la antibiótico-terapia profiláctica.

En la mayor parte de los casos que corresponden a PA leve de etiología biliar, las medidas consisten reposo digestivo inicial ya que la ingesta puede desencadenar dolor y es común la intolerancia digestiva. La vía oral se restablece progresivamente cuando cesan éstos

síntomas. No se agrega soporte nutricional (enteral o parenteral) dentro de los primeros 7 días.

En el 80 % de los pacientes el cuadro clínico y los parámetros inflamatorios remiten en la primera semana y en la misma internación se trata la litiasis biliar mediante colecistectomía laparoscópica con exploración de la vía biliar principal.

Cuando la etiología no es litiásica (alcohólica, hipercalcemia, hiperlipidemia) se debe tratar el factor desencadenante.

Para el tratamiento de las PA moderadas y severas el paciente debe ingresar a un área de *cuidados especiales* para la monitorización y soporte de los órganos en falla (hemodinamia, respiratoria, renal, etc). Una vez más se requiere un control efectivo del dolor, reposición hidroelectrolítica adecuada a la situación clínica, que puede agregarse el soporte nutricional (se privilegia la vía enteral, eventualmente a través de sonda nasoyeyunal).

La mayoría de las colecciones líquidas así como las necrosis pancreáticas se mantienen estériles y su tratamiento, de ser estas asintomáticas, debe ser conservador.

Cuando aparecen síntomas de alta sospecha o confirmación de necrosis o colecciones infectadas se inicia antibioticoterapia empírica (Imipenem) y/o guiada por cultivos; se administra vía endovenosa y en cursos cortos (5-10 días) interrumpidos por cultivos.

Cuando se requiere el drenaje de colecciones, éste se realiza mediante procedimientos invasivos que se escalonan (*step up approach*) de acuerdo a la situación clínica. El primer paso suele ser la punción percutánea bajo ecografía con colocación de uno o más drenajes que pueden resolver la situación o

bien contemporizador antes de llegar a la necrosectomía o debridamiento quirúrgico.

Se recomienda excepcionalmente la colangio-endoscópica retrógrada con papilotomía y coledocolitomía temprana (primeras 48 horas) en los pacientes con una PA biliar con colangitis por litiasis impactada.

La oportunidad de la colecistectomía laparoscópica electiva luego del episodio de PA complicadas es controvertido, estimándose en un plazo de espera de 6 semanas de resueltas las complicaciones locales.

Pronóstico

Dependerá de la etiología, la severidad y el terreno del paciente. La mortalidad global de las PA es del 5-10%. La mayoría de las PA biliares entran en remisión espontánea y su mortalidad es prácticamente nula. 20% de las PA necrotizantes se sobreinfectan y en este subgrupo la mortalidad asciende en forma significativa.

La PA con mayor índice de recurrencia es la alcohólica (33%) y un porcentaje bajo de estas PA recurrentes evolucionan a la pancreatitis crónica.

Referencias

Banks PA et al. Acute Pancreatitis Classification Working Group. Classification of acute pancreatitis 2012: revision of the Atlanta Classification and Definitions by International Consensus. Gut 2013; 62:102.

Misa Jalda R. Pancreatitis aguda. Relato Oficial. 61° Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre 2010.

Cubas s et al. SIRS como predictor de severidad en la Pancreatitis aguda. Rev Méd Urug 2017; 33(3): 174.