

Tratamiento inicial de la pancreatitis aguda

Int. Juan Carlos Riveros Reid.¹ Dr. Humberto Flisfisch Fernández².

Resumen

La pancreatitis aguda es una importante causa de dolor abdominal. Corresponde a un proceso inflamatorio que afecta al páncreas, pudiendo existir compromiso peripancreático y sistémico. Se realizó una revisión de la bibliografía disponible de esta patología, en lo que respecta a su manejo.

Palabras clave: Pancreatitis Aguda,

Abstract

Acute pancreatitis is an important cause of abdominal pain. It is defined as an inflammatory process that affects pancreas, and could also affect peripancreatic tissue and systemic functions. A literature review was made, searching specifically the management of the disease.

Key words: Acute Pancretitis

1.- Introducción:

La Pancreatitis Aguda es una importante causa de dolor abdominal (1) Se define como un proceso inflamatorio agudo que afecta al páncreas, pudiendo afectar también otros tejidos vecinos y a distancia. La gran mayoría de los casos son secundarios a Litiasis Biliar o Alcoholismo, sin embargo, la patogenia exacta no está dilucidada por completo. El espectro clínico comprende desde una Pancreatitis leve, en la que predomina el edema, hasta Pancreatitis Aguda Necrohemorrágica que puede

¹ Interno 7° año. Escuela de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Campus Sur.

² Profesor del Dpto. de Cirugía Sur. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

acompañarse de falla orgánica múltiple y tiene una alta morbimortalidad. El diagnóstico precoz permitirá un manejo oportuno y la prevención de muchas de sus complicaciones.

El manejo de la Pancreatitis Aguda se basa en varios pilares: Estabilizar al paciente, reducir la estimulación pancreática, aliviar el dolor, prevenir la eventual aparición de infecciones, encontrar y resolver, en la medida de lo posible, la causa de la inflamación pancreática. El manejo quirúrgico se reserva para situaciones muy específicas.

2.- Manejo inicial:

Una vez diagnosticado, el paciente debería ser trasladado a una Unidad de Paciente Crítico, a fin de monitorizar, y eventualmente apoyar, la función cardiaca, pulmonar, renal y hepática. En casos leves, la monitorización debería mantenerse por 24 a 48 hrs. En casos más severos, deben considerarse además otros parámetros, como la Presión intraabdominal (PIA), buscando un posible Síndrome de Compartimiento Abdominal (2).

La resucitación con fluidos debe iniciarse precozmente, especialmente en aquellas Pancreatitis con importante formación de tercer espacio, ya que estados de hipoperfusión deterioran la microcirculación pancreática, pudiendo conducir a necrosis pancreática. La volemicación debe ser agresiva, con volúmenes de 250 a 300 cc/hora de cristaloides (cuando la condición cardiaca del paciente lo permita).

Deben evaluarse periódicamente los signos vitales, el débito urinario y el hematocrito, entre otras variables, para certificar una volemicación electiva.

También debe considerarse dentro del manejo inicial, la oxigenación, manteniendo idealmente una saturación de oxígeno > a 95%. La profilaxis para enfermedad tromboembólica también debe considerarse, idealmente con medias de compresión elástica.

3.- Manejo del dolor:

Es un pilar fundamental de la terapia, pues el dolor intenso y sin control puede llevar a inestabilidad hemodinámica. En una primera instancia, en dolor leve a moderado, se pueden utilizar AINES por vía endovenosa. En caso de dolor severo, los opioides son la elección, pudiendo utilizarse tanto Meperidina (Petidina) como Morfina. Desde que en 1988 un estudio demostró mediante la CPRE, que la morfina aumentaba la presión a nivel del esfínter de Oddi (3), la Meperidina se ha preferido por sobre la morfina. Sin embargo, no se ha demostrado un empeoramiento de la Pancreatitis Aguda o aparición de colecistitis aguda en pacientes tratados con morfina, por lo que podría ser utilizada sin mayores riesgos.

4.- Prevención de infecciones:

La infección pancreática es una importante causa de morbimortalidad. Puede desarrollarse precozmente en el curso de una Pancreatitis Aguda, aunque lo más frecuente es que se produzca tardíamente, alrededor de los diez días.

Aproximadamente 1/3 de los pacientes con necrosis pancreática desarrollan infección de las zonas necróticas. Los agentes involucrados provienen generalmente de

la flora intestinal, incluyendo E. coli, Pseudomonas, Klebsiella y Enterococcus. La infección por organismos Gram (+) y por Hongos son poco frecuentes.

Se han propuesto 3 medidas para evitar la sobreinfección:

- **Descontaminación selectiva del intestino:** un estudio demostró (4) que la utilización de antibióticos no absorbibles contra la flora entérica disminuía significativamente la mortalidad en pacientes con Panceatitis Aguda severa. Sin embargo, en este estudio, los pacientes también recibieron antibióticos sistémicos, por lo que el real efecto y beneficio de la descontaminación selectiva permanece incierto y hace que no sea recomendado su uso.
- **Antibióticos sistémicos:** (5) no existe consenso sobre su uso, pues los estudios que han evaluado su aplicación han obtenido resultados bastante dispares. La Guía Clínica de la American Gastroenterological Association (6) recomienda el uso de carbapenémicos en Pancreatitis Aguda con necrosis > 30% de la superficie pancreática total (recomendación 28), sin embargo, otras guías desalientan su uso (7), aduciendo una mayor morbimortalidad, relacionada principalmente con infecciones fúngicas.
- **Nutrición Enteral:** previene la atrofia vellositaria y translocación bacteriana desde el intestino (ver “Nutrición” más adelante).

5.- Manejo quirúrgico y endoscópico:

Hace 50 años, la Pancreatitis Aguda era esencialmente de manejo quirúrgico, mientras que hoy en día, sólo casos seleccionados requieren de alguna intervención quirúrgica. La presencia de colecciones o necrosis estéril mejoran con el tratamiento conservador. Intervenciones precoces, antes de 7 -10 días de evolución se desaconsejan, pues sólo conseguirán infectar el tejido previamente estéril. Por el contrario, la necrosis infectada excepcionalmente mejora sin su remoción (necrosectomía). La infección puede diagnosticarse por punción bajo TAC con aguja fina y posterior cultivo.

En síntesis, la necrosectomía o el drenaje deberían plantearse una vez demostrada la infección, ya sea de colecciones y/o necrosis infectada. La vía de abordaje dependerá de los recursos y experiencia del equipo quirúrgico (endoscópico, percutáneo, abierto).

La Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) está indicada en Pancreatitis Aguda grave asociada a la presencia de un cálculo obstructivo a nivel de la papila duodenal (8). Aquí, la CPRE además de solucionar la Colangitis asociada, constituirá una posible mejoría para la Pancreatitis. Para evaluar la presencia de un cálculo obstructivo, se puede recurrir a las transaminasas (gran alza permanente), fosfatasas alcalinas, GGT, Bilirrubina directa elevada, y a métodos de imagen (Ecotomografía Abdominal, Colangiorresonancia).

6.- Nutrición

Durante los primeros días es importante no estimular la secreción pancreática, lo que se logra mediante el régimen cero. En caso de Pancreatitis Aguda leve, los aportes calóricos se entregan a través de sueros glucosados por vía endovenosa. Para reiniciar

la alimentación oral, se deben evaluar parámetros clínicos como dolor, distensión abdominal, presencia de ruidos hidroaéreos y ausencia de náuseas y vómitos. Inicialmente la dieta debe ser baja en grasas.

La Pancreatitis Aguda severa constituye un estado hipercatabólico, más aún si se le agrega un factor séptico, por lo que suplementar nutrientes es algo esencial. La nutrición se puede entregar por dos vías:

- ENTERAL: fue postergada por mucho tiempo, pues se pensaba que estimulaba la secreción pancreática. Sin embargo, se demostró en animales y humanos que la alimentación continua, por sondas instaladas distales al ligamento de Treitz no estimula la secreción pancreática exógena. Además, la alimentación estéril tiene la ventaja de evitar la atrofia vellositaria, manteniendo indemne la barrera intestinal, con lo que se evita la traslocación bacteriana. Por esto, es la vía de elección en la nutrición de pacientes con Pancreatitis Aguda severa (9). La sonda debe instalarse por vía radioscópica o endoscópica, y certificarse que se encuentre distal al ligamento de Treitz.
- PARENTERAL: vía de elección en pacientes con íleo, intolerancia a la alimentación enteral, o cuando no se han logrado las metas calóricas en dos días de Nutrición Enteral.

7.- Agentes experimentales

Se ha estudiado el uso del Gabexato (inhibidor de la serina proteasa), Octeotiroide y somatostatina (10), los cuales según algunos estudios no disminuyen la mortalidad, pero si la incidencia de algunas complicaciones. Sin embargo, estos beneficios ocurrieron en un porcentaje muy bajo de pacientes, además tienen un costo muy elevado, por lo que no se recomienda su uso. Se estudió también el uso de LEXIPAFANT, inhibidor del Factor Activador de Plaquetas (PAF), el cual mostró un aumento de la mortalidad, por lo que no se continuó su estudio en Pancreatitis Aguda.

8.- Discusion

El dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuentes en todo nivel de atención (Primaria, SAPU, Urgencia Hospitalaria, etc.), siendo en su gran mayoría patología benigna y transitoria. En este contexto es importante tener en cuenta a la Pancreatitis Aguda en el diagnóstico diferencial, pues su sospecha y diagnóstico precoz permitirá una derivación precoz a un centro competente y el inicio de la terapia médica. El inicio oportuno de la terapia permitirá un mejor pronóstico y una menor incidencia de complicaciones.

A modo de comentario final, nos gustaría mencionar el gran contraste que existe entre lo que se plantea en algunas guías clínicas, respecto a lo que se realiza en nuestra práctica clínica, referente específicamente sobre quienes deben manejar a los pacientes con Pancreatitis Aguda. En general, la recomendación es que se forme un equipo multidisciplinario estable, que será el encargado de atender los pacientes que padecen Pancreatitis Aguda. En nuestra realidad, aparte de que esto no sucede, tanto Internistas como Cirujanos aducen sus propias razones para que sea el otro especialista quien se haga cargo del paciente, lo que resulta bastante improductivo y perjudicial por el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Whitcomb D. Acute Pancreatitis. N Engl J Med 2006; 354: 2142 – 50.

2. Losada H., Manterola C. et al. Hipertensión Abdominal y Síndrome de Compartimento Abdominal. *Rev. Chilena de Cirugía* Vol 57 – N° 1 – Febrero 2005: 2 – 6.
3. Helm JF, Venu RP, Geerer JE et al. Effects of Morphine on the Human Sphincter of Oddi. *GUT* 1988 Oct. 29 (10) 1402 – 7.
4. Lutter EJ, Hopnc et al. Controlled clinical trial of selective decontamination for the treatment of Acute Pancreatitis. *Ann Surgery* 1995, Jul 222 (1), 57 – 65.
5. Golub R, Siddiqui F, Pohlp. Role of Antibiotics in Acute Pancreatitis a Meta-Analysis. *J. Gastrointest Surg* 1998. Nov – Dec 2 (6) 496 – 503
6. Barks P. et al. Practice Guidelines in Acute Pancreatitis. *Ann J. Gastroenterol* 2006; 101: 2379 – 2400.
7. Up working party on Acute Pancreatitis. Up Guidelines for the Management of Acute Pancreatitis. *GUT* 2005; 54; 1 – 9.
8. Folsch U, Nitsche R, Lucke R et al. Early ERCP and Papilotomy compared with conservative treatment for Acute Biliary Pancreatitis. *N. Engl J. Med* 1997 Jan 23; 336 (4).
9. Walfarentzos et al. Enteral Nutrition is superior to Parenteral Nutrition in severe Acute Pancreatitis. *Br. J. Surg.* 1997 89: 1665.
10. Andrulli A, Leandro G et al. Meta-Analysis of Somatostatin Octetiroide and Gabexate Mesilate in the Therapy of Acute Pancreatitis. *Aliment. Pharmacol Ther* 1998, Mar 12 (3) 237 – 45.