
TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA

Dra. Lilia Inés Schamber, Dr. Guillermo Enrique Vignau

Resumen:

Una vez establecido el diagnóstico de pancreatitis aguda y la estadificación del paciente (Ramson mayor de 3 o Apachell mayor de 8) se procederá a su internación en terapia intensiva. En esta se seguirá un régimen general consistente en: supresión de la vía oral; utilización de vía nasogástrica, vesical y parenteral; mantenimiento del buen estado nutricional; analgesia; profilaxis antibiótica. Las complicaciones sistémicas aparecen en etapas tempranas de la enfermedad, pudiendo llegar al fallo multiorgánico, shock y muerte; las locales tienen lugar en fases intermedia y tardía. Entre ellas la más frecuente es el pseudoquistes pancreático que deberá ser drenado cuando presente complicaciones o sea mayor de 5cm y de una duración mayor a 6 semanas. Los tratamientos quirúrgicos tienen indicaciones precisas en las complicaciones ya que en otras circunstancias solo aumenta la morbimortalidad del cuadro.

Summary

Once established the diagnosis of acute pancreatitis and the stadification of the patient (Ramson greater than 3 or Apachell greater than 8) it will proceed to send the patient to intensive therapy. In there will follow a general regime (no oral alimentation; nasogástrica, parental and urinary tube; maintenance of the good nutritional state; analgesia and antibiotic prophylaxis). Systemic complications appear on early stages of the disease, being able to arrive to multiorgan failure, shock and death. The local complications take place in intermediate and late phases. Among them the most frequent is pancreatic pseudocyst that must be drained when get complicated or is larger than 5 cm and last more than 6 weeks. The surgical treatments have precise indications on complication because in another situation only increase the morbimortality.

INTRODUCCION

La Pancreatitis Aguda (PA) es una patología frecuente de nuestro medio por estar íntimamente relacionada con la litiasis biliar¹. Pero su real importancia radica en la altísima mortalidad que esta puede alcanzar en sus estadios más graves (cerca del 60%)². De allí la importancia de conocer los manejos básicos de esta patología y de sus complicaciones a fin de mejorar o por lo menos no empeorar un cuadro tan ominoso como este.

Objetivo: Revisar el tratamiento de la pancreatitis aguda y sus complicaciones.

Materiales y Método: Revisión bibliográfica para la cual se utilizó materiales como libros de clínica, cirugía, revistas científicas y artículos de la red obtenidos a través de los buscadores PubMed y Google

DESARROLLO:

Todo paciente con el diagnóstico presuntivo de pancreatitis aguda (PA) debe ser visto en forma conjunta por el cirujano general y el gastroenterólogo. Una vez establecido el diagnóstico y de acuerdo a la severidad del caso se establecerá su manejo. A fin de ello se han elaborado estadificaciones propias como las de Ramson¹ o se usan otras más generales como Apachell.³

Con una valoración de Ramsom mayor de 3 o Apache mayor de 8, el paciente debe continuar su tratamiento en una Unidad de Terapia Intensiva³ con el siguiente Régimen General

Régimen general:

- Supresión de la vía oral a fin de evitar la estimulación pancreática temprana, que se sostiene que puede aumentar la autodigestión²
- Colocación de sonda nasogástrica para evitar el pasaje de secreción gástrica al duodeno².
- Sonda vesical, para control de volumen urinario³.
- Reemplazo agresivo del volumen circulante con soluciones salinas y de dextrosa, para mantener un adecuado volumen urinario, mayor de 50 ml./hora, ya que la intensa autodigestión pancreática provoca gran pérdida hídrica²
- Habiéndose estabilizado el cuadro (cuando el paciente refiere disminución del dolor, apetito y mejoramiento de la disfunción orgánica)², teniendo en cuenta que la etapa inflamatoria dura entre 48 hs y 14 días y si no existen complicaciones locales significativas, debe reanudarse la alimentación oral en forma paulatina (pasando de dietas líquidas a semisólidas y luego sólidas). Otras opciones en caso de no ser ésta posible son la nutrición parenteral, y la alimentación enteral por sonda nasoyeyunal (que ha demostrado menor número de complicaciones)²
- Antibióticoterapia profiláctica empírica, en aquellos pacientes con pancreatitis severa (alto índice de ramsom) en un esfuerzo por evitar la sepsis pancreática tardía (aunque

no existen evidencias de que este procedimiento modifique el pronóstico de la PA grave². Los antibióticos propuestos son imipenem, y cilastatin o quinolonas por su buen pasaje a la vía biliar, pudiendo agregarse u reemplazarse por otros más específicos en caso de obtenerse algún material de cultivo por algún procedimiento³.

- Analgesia: la droga propuesta es el hidroclohidrato de meperidina, puesto que no provocaría espasmo del esfínter de Oddi¹.
- El "poner el páncreas en reposo" con drogas inhibitoras de la secreción pancreática no ha demostrado beneficio alguno, por lo tanto no se recomienda su uso².
- El tratamiento quirúrgico hoy en día está reservado a complicaciones severas, como un síndrome compartimental abdominal o sepsis con foco séptico (un área de necrosis organizada, o colecciones peripancreáticas) puesto que es otras circunstancias solo agrega morbilidad al cuadro.

A fin de su tratamiento adecuado se deberá procurar el diagnóstico etiológico certero:

- pancreatitis de origen biliar
- pancreatitis por ascariasis
- pancreatitis de etiología alcohólica
- pancreatitis postoperatoria (o post colangiografía retrograda endoscópica)
- pancreatitis traumática
- pancreatitis de otras etiologías

Tratamiento de la obstrucción de la vía biliar

El tratamiento inmediato de aquellas PA de etiología biliar obstructiva o por los raros casos de ascariasis obstructiva, esta muy discutido hoy en día, y en general se reserva para los pocos casos con colangitis asociada, aunque esto depende de la experiencia propia de cada centro. Si se decide intervenir se debe procurar realizarlos en forma temprana, para evitar que la patología siga evolucionando².

Los tratamientos pueden ser:

- esfinterotomía endoscópica, y extracción de cálculos retenidos en el colédoco, en caso de cálculos accesibles por este método, aunque presenta como desventaja un aumento de la incidencia de colangitis posterior y otras complicaciones como lesiones de la vía biliar¹.
- en caso de alto riesgo quirúrgico, y cuando se ha establecido el diagnóstico de colecistitis aguda concomitante, se puede hacer bajo anestesia local, una colecistostomía percutánea como procedimiento de radiología intervencionista, para drenar la vía biliar. Presenta como desventaja un aumento de la incidencia de fistulas cutáneas¹.
- en casos estrictamente necesarios, por fracaso o imposibilidad de los métodos an-

teriores citados, se puede realizar una colecistectomía y coledocotomía por vía laparoscópica o por laparotomía, con el menor número posible de maniobras quirúrgicas¹.

- como procedimiento extremo y ante la imposibilidad de extraer un cálculo enclavado en la papila de Vater se podrá realizar una papilotomía transdudenal¹.

Complicaciones

Las complicaciones de la PA se pueden clasificar en locales y sistémicas y suelen presentarse en tres fases: una fase temprana o precoz (hasta el 4to día), una fase intermedia (5to día hasta la 2da semana) y una fase tardía (desde la 3er semana). En general, las complicaciones sistémicas como la insuficiencia respiratoria, renal, cardiovascular y/o hepática ocurren generalmente en fase temprana de la enfermedad, en cambio, las complicaciones locales se presentan por lo general en la fase intermedia y tardía de la enfermedad².

Las complicaciones tardías más frecuentes son la necrosis del tejido pancreático que inicialmente suele ser estéril, pero en su evolución pueden dar origen a la necrosis infectada, al absceso o al pseudoquistes pancreático (que a su vez puede infectarse en una fase más tardía)⁴.

La infección de la necrosis es una complicación grave, que puede llevar al paciente a una sepsis y Fallo Multiorgánico en etapas más tardías, (fácilmente confundible con el estado temprano propio de la PA), o en ocasiones a un absceso pancreático de sintomatología más benigna que deberá ser drenado².

Otras complicaciones locales son las hemorragias retroperitoneales (por digestión de los vasos cercanos), la trombosis de la vena esplénica, la trombosis portal, la necrosis del colon transversal, la fístula pancreática (hacia otros órganos como estómago o hacia piel), la obstrucción duodenal, la obstrucción de la vía biliar, etc¹.

Como complicación sistémica, podemos mencionar el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, en este caso asociado a una importante hipovolemia secundaria a los vómitos y particularmente al gran tercer espacio generado en el retroperitoneo y cavidad abdominal. Esto puede conducir a una falla cardiocirculatoria con hipotensión y shock, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal, y falla de otros órganos. Es decir que lleva al fallo multiorgánico, al shock y muerte⁵.

Otras complicaciones sistémicas son, la perforación y drenaje a cavidad libre con su consecuente peritonitis química-infecciosa, las hemorragias digestivas, las alteraciones de la coagulación y el íleo paralítico.

El diagnóstico final de la presencia de complicaciones severas locales será establecido

por el uso de Tomografía Axial Computada (TAC)⁶, que puede estatificar la gravedad del proceso inflamatorio y necrótico local, a través de la absorción de contraste endovenoso, lo cual permite utilizar criterios como los de Balthazar que han demostrado ser de mayor exactitud pronóstica que los de Ranson o Apache⁶. Además de poder establecer la presencia de colecciones de líquido, o flemones y abscesos, que se pueden evidenciar por la presencia de aire¹

Otro método para establecer la presencia de infección es mediante la punción y aspiración con aguja fina guiada por TAC o ecografía³

Los tratamientos propuestos para las complicaciones de la pancreatitis aguda son:

- Tratamiento conservador en los casos de necrosis asépticas a menos que estas sean de gran extensión.⁷
- En los casos de evidenciarse sepsis grave o infección y necrosis localizada, se podrá acceder por vía quirúrgica al tejido comprometido, procurando no desbridar más del 20% del tejido pancreático (a fin de evitar diabetes posterior y siendo esto generalmente suficiente), y con maniobras romas, a fin de evitar la destrucción innecesaria, y posteriormente drenando generosamente los espacios afectados con el fin de prevenir la reaccumulación. Esto puede realizarse mediante la laparotomía y empaquetamiento para lavados postoperatorios o mediante la laparostomía y colocación de drenajes para irrigación continua y drenaje consecutivo, dependiendo del volumen de tejido necrótico presente⁷
- En caso de absceso pancreático sin evidencias de tejido necrótico: se podrán intentar drenaje percutáneo dirigido o procesos quirúrgicos como una cistostomía o gastrocistostomía para dejar un drenaje más prolongado del absceso. También se puede realizar drenajes de colecciones líquidas por vía endoscópica cuando sean accesibles por esta vía, con este se han obtenido buenos resultados⁸
- La presencia de pseudoquistes pancreáticos es una complicación tardía frecuente. Estos pueden retrogradar espontáneamente o mantenerse y aumentar las posibilida-

des de complicación posterior de este (absceso, hemorragia, ruptura, etc). Por ello se acepta que todo quiste complicado o mayor de 5cm y de más de 6 semanas de duración deberá ser drenado².

- En caso de erosión de un vaso se deberá actuar en forma quirúrgica inmediata para frenar la hemorragia, aunque si esta no es masiva o exanguinante se podrá intentar embolización mediante cateterización¹.

CONCLUSION

En conclusión, una vez establecido el diagnóstico y la estadificación del paciente y con el propósito de evitar complicaciones severas de esta enfermedad el manejo en terapia intensiva debe estar enfocado a mantener el volumen hídrico, la buena nutrición, antibioticoterapia y analgesia. La opción quirúrgica debe reservarse para las complicaciones severas (como la sepsis con foco pancreático, o las grandes hemorragias) ya que en otras circunstancias solo se aumentaría la morbimortalidad del cuadro.

BIBLIOGRAFIA

1. Ferraina P, Oría A. Cirugía De Michans. 5^{ta} Ed. Argentina. El Ateneo 2002 651-661
2. Kasper DL, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL Harrison's Principles of Internal Medicine. 16^{ta} Ed.EEUU 2004 6096-6106
3. Salazar JR. Cronología y estado actual de la terapia en pancreatitis aguda.Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba. 2005;62(1):46-51.
4. Lankisch PG, Lerch MM. The role of antibiotic prophylaxis in the treatment of acute pancreatitis. J Clin Gastroenterol. 2006 Feb;40(2):149-55.
5. Heinrich S, Schafer M, Rousson V, Clavien PA. Evidence-based treatment of acute pancreatitis: a look at established paradigms. Ann Surg. 2006 Feb;243 (2):154-68.
6. Leung TK, Lee CM, Lin SY, Chen HC, Wang HJ, Shen LK, Chen YY. Balthazar computed tomography severity index is superior to Ranson criteria and APACHE II scoring system in predicting acute pancreatitis outcome. World J Gastroenterol. 2005 Oct 14;11(38):6049-52.
7. Farkas G, Marton J, Mandi Y, Leindler L. Surgical management and complex treatment of infected pancreatic necrosis: 18-year experience at a single center. J Gastrointest Surg. 2006 Feb;10(2):278-85.
8. Hookey LC, Debroux S, Delhaye M, Arvanitakis M, Le Moine O, Deviere J. Endoscopic drainage of pancreatic fluid collections in 116 patients: a comparison of etiologies, drainage techniques, and outcomes. Gastrointest Endosc. 2006 Apr; 63(4):635-43.