

---

# FRECUENCIA DE ANTIBIOTICOPROFILAXIS EN EL TRATAMIENTO INICIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD BILIAR

---

Mirian Teresita Machuca

Dra. Karina Beatriz Bordón, Dra. Margarita Noemí Gómez, Dra. Paola Noelia Varisco

Lugar y año de realización: Hospital Escuela "Gral. José Francisco de San Martín", Ciudad de Corrientes, República Argentina, año 2007.

## RESUMEN

La pancreatitis aguda es un proceso de autodigestión enzimático. El diagnóstico se sospecha con el interrogatorio y examen físico, el laboratorio (enzimas elevadas en sangre y orina) orienta, y finalmente la ecografía y la tomografía axial computada confirman. El objetivo de este trabajo fue observar la frecuencia de la antibioticoprofilaxis en el manejo inicial de la pancreatitis aguda leve asociada a patología de origen biliar. Es un estudio retrospectivo descriptivo observacional. Se revisó un total de 122 historias clínicas de pacientes diagnosticados y tratados por pancreatitis aguda leve en el Servicio de Cirugía del Hospital Escuela "Gral. José F. de San Martín" de Corrientes, desde enero de 1993 hasta diciembre de 2003. De éstas, 61 se encontraban en condiciones de ser analizadas por presentar completa información respecto a los criterios de inclusión. De los analizados, 22 recibieron antibioticoprofilaxis y de éstos 3 evolucionaron desfavorablemente. En los que no recibieron antibióticos, hubo 2 con evolución desfavorable. Ninguno desarrolló colangitis. La edad promedio de presentación fue de 45 años y 59.02 % fueron mujeres.

**Palabras Claves:** Pancreatitis aguda, origen biliar, antibioticoprofilaxis.

## SUMMARY

Acute pancreatitis is a process of autodigestión enzyme. The diagnosis are suspected with the questioning and physical examination, laboratory (elevated enzymes in the blood or urine) directs, and finally ultrasound and computed tomography confirmed. The objective of this study was to monitor the impact of antibiotic prophylaxis in the initial management of mild acute pancreatitis associated with pathology of biliary origin. It is a retrospective descriptive observational study. We reviewed a total of 122 medical records of patients diagnosed and treated for mild acute pancreatitis in the Department of Surgery Hospital School "Gral. Jose F. de San Martin" of Corrientes, from January 1993 to December 2003. Of these, 61 were in surveyed, 22 received antibiotic prophylaxis and their 3 evolved negatively. In those who did not receive antibiotics, there were 2 with unfavourable. None developed cholangitis. Mean age at presentation was 45 years and 59.02% were women. cholangitis.

**Key Words:** acute pancreatitis, biliary origin, antibiotic prophylaxis.

## INTRODUCCION

La pancreatitis aguda es un proceso de autodigestión enzimático que produce inflamación y necrosis del páncreas y de los tejidos y órganos que lo rodean, sus efectos pueden comprometer órganos distantes pudiendo ocasionar falla multiorgánica y/o complicaciones locales como necrosis, absceso o pseudoquiste <sup>(1)</sup>.

Puede ser causado por distintas etiologías, la biliar y alcohólica son las mas frecuentes, siendo la primera de mayor incidencia en América del sur (Argentina, Chile, Paraguay), algunas áreas de EEUU y países europeos, mientras que la segunda se presenta especialmente en países escandinavos y también EEUU y Brasil <sup>(2)</sup>.

Según el Simposio Internacional de Atlanta en 1992, se define a la pancreatitis aguda leve como aquella forma moderada y autolimitada de pancreatitis caracterizada por edema intersticial con una respuesta inflamatoria aguda sin necrosis, complicaciones locales o manifestaciones sistémicas como ser la falla orgánica.

El diagnóstico se sospecha con el interrogatorio y examen físico, el laboratorio (enzimas elevadas en sangre y orina) orienta, y finalmente la ecografía y la tomografía axial computada (TAC) confirman <sup>(2)</sup>.

La pancreatitis aguda leve generalmente solo precisa medidas de soporte en la primera semana: dieta absoluta hasta la desaparición del dolor abdominal, procediendo a la reintroducción de la ingesta alimentaria de forma gradual, administración de analgesia parenteral de acuerdo a dosis/efecto, fluidoterapia: la rehidratación es una de las principales medidas de soporte para normalizar la volemia, aspiración nasogástrica sólo en caso de vómitos persistentes o íleo asociados al dolor abdominal, manejo de las alteraciones metabólicas (hiperglucemia, hiponatremia), antibioterapia profiláctica en algunos casos. Después de la necrosis, otra indicación temprana de antibioticoterapia es para prevenir la colangitis en ataques de etiología biliar asociada con un colédoco dilatado en la ecografía <sup>(2)</sup>.

El objetivo de este trabajo es observar la frecuencia de la antibioticoprofilaxis en el manejo inicial de la pancreatitis aguda asociada a patología de origen biliar.

## MATERIALES Y METODOS

Es un estudio retrospectivo descriptivo observacional. Se revisó un total de 122 historias clínicas de pacientes diagnosticados y tratados por pancreatitis aguda leve en el Servicio de Cirugía del Hospital Escuela "Gral. José F. de San Martín" de Corrientes, desde enero de 1993 hasta diciembre de 2003. De éstas, 61 se encontraban en condiciones de ser analizadas por presentar completa información respecto a los siguientes criterios de inclusión: signos clínicos de pancreatitis aguda (dolor epigástrico en hipocondrio izquierdo o periumbilical, de comienzo brusco, intenso con irradiación al dorso), vómitos copiosos en chorro, síntomas neurovegetativos como palidez y sudoración; amilasemia con valores superiores a tres veces respecto del valor normal (0-60 mU/ml) utilizado en el laboratorio del Hospital Escuela "Gral. José F. de San Martín"; litiasis vesicular diagnosticada al momento del ingreso o anteriormente con ecografía; Ranson con una puntuación de 0-3 (leve) al momento del ingreso.

Se excluyeron todas aquellas historias clínicas que contaban con algunas de estas características: pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda de origen no litiasico; pacientes que al ingreso presentaban falla orgánica múltiple y que requirieron internación en la unidad de cuidados intensivos; pacientes con o sin antecedentes de pancreatitis aguda y que a través del uso de estudios complementarios por imágenes al momento del ingreso, presentaban complicaciones locales (pseudoquiste, absceso, quiste pancreático); Criterios de Ranson con una puntuación mayor a 3 en el momento del ingreso.

Todos los pacientes recibieron hidratación parenteral, analgésicos, bloqueantes H<sub>2</sub> y suspensión de la ingesta oral al menos cinco días.

Todos los pacientes incluidos en este trabajo están debidamente identificados por número de historia clínica facilitados por el Servicio de Estadística del Hospital Escuela "Gral. José F. de San Martín".

Los datos recolectados se volcaron en una planilla electrónica, confeccionada para tal fin en Microsoft Office Excel donde se colocaron las variables a investigar para su posterior procesamiento: número de historia clínica, edad, sexo, antibioticoprofilaxis (tipo, dosis y duración), días de internación, evolución y complicaciones.

## RESULTADOS

De los 61 casos analizados, 22 recibieron antibioticoprofilaxis (36,06 %) y el resto no

(63,94 %). Los antibióticos (ATB) utilizados y sus combinaciones fueron: ampicilina-gentamicina - amikacina, cefalotina - gentamicina, ampicilina - gentamicina, ampicilina - sulbactam, cefalotina - gentamicina, cefalotina - amikacina - ciprofloxacina, ciprofloxacina - metronidazol, ampicilina - gentamicina, ampicilina - gentamicina-cefalotina, ciprofloxacina - clindamicina, cefalotina, ampicilina - sulbactam, ciprofloxacina, cefotaxima - ampicilina - gentamicina.

De los 22 tratados, 3 evolucionaron desfavorablemente (2 abscesos retroperitoneales y 1 laparotomía exploradora) habiendo recibido los siguientes esquemas ATB: cefalotina, ampicilina - gentamicina y ciprofloxacina - clindamicina; cursando con 7,5 días de internación (mediana).

En los que no recibieron ATB, hubo 2 con evolución desfavorable (laparotomía exploradora y pseudoquiste), con 27 días de internación (mediana).

De la totalidad de pacientes observados, ninguno desarrolló colangitis.

La edad de los pacientes osciló entre los 19 y los 89 años, con una mediana de 45 años. De acuerdo al sexo, 36 (59.02 %) fueron mujeres y 25 (40.98%) varones.

## DISCUSION

Existen diferentes corrientes en cuanto a la indicación de antibioticoprofilaxis en la pancreatitis aguda. Una es la más consensuada en la bibliografía consultada y está en contra de la utilización de antibioticoprofilaxis, salvo en los casos en que exista necrosis pancreática establecida por TAC<sup>(3-7)</sup>. Aún en este punto hay controversias con respecto al porcentaje de necrosis que debe existir para comenzar con la profilaxis antibiótica, se acepta por las diferentes guías clínicas cuando existe más de 30 % de necrosis de la glándula, aunque en presencia de porcentajes de necrosis menores en pacientes con criterios de gravedad, también muchos autores están de acuerdo en emplear profilaxis<sup>(8)</sup>. Otra acepta el uso de antibioticoprofilaxis en el tratamiento inicial de la pancreatitis aguda de origen litiasico con intención de prevenir la colangitis ascendente<sup>(2,9)</sup>.

Vimos que no existe uniformidad en los esquemas ATB indicados y a su vez la mayoría de éstos no concuerdan con los ATB que tienen buena penetrancia en páncreas y tejidos necróticos (carbapenems: meropenem e imipenem y quinolonas analizados en los estudios revisados)<sup>(10)</sup>. Sin embargo, la mayoría de los ATB utilizados concuerdan con los indicados por la mayoría de los autores para tratar la vía biliar infectada. En este sentido es dable resaltar que ninguno de los casos observados desarrolló colangitis.

Se necesitan estudios adicionales para confirmar o descartar los beneficios de la profilaxis antibiótica, los criterios de administración; logrando de esta forma racionalizar la utilización de ATB para evitar consecuencias desfavorables, tales como la inducción de la resistencia bacteriana y sepsis fúngica <sup>(8)</sup>.

## AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Ricardo Alberto Torres (Jefe de Departamento de Cirugía del Hospital Escuela "Gral. José Francisco de San Martín" de Corrientes), quien nos facilitó el acceso a las historias clínicas y a material bibliográfico.

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Nieto Silva JA. Pancreatitis aguda en vísperas del siglo XXI. Rev colomb cir 1.999; 14 (Supl 3):174-184.
2. Ferraina P, Oría A. Cirugía de Michans. 5<sup>ta</sup> Ed. Buenos Aires. El Ateneo 2002: 651-661.
3. Cancino AN, Torres OR, Schwaner JC. Tratamiento antibiótico de la pancreatitis aguda necrotizante infectada. Rev Chil Cir 2002; 54 (Supl 6): 600-604.
4. Zuidema GD, Yeo CJ, Cirugía del Aparato Digestivo. 5<sup>o</sup> ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2005: vol 3: 10-31.
5. Gutiérrez Núñez CA, Aguilera González del Pino G. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda grave. Rev Cub Med Int Emerg 2002; 1: 71-81.
6. Hani A, Peláez M, Alvarado J y col. Protocolo de manejo de pancreatitis aguda. Rev Universitas Médica 2007; 48: 8-20.
7. Sleisenger MH, Fordtran JC, MD. Enfermedades gastrointestinales, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. 5ta Ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana 1995, Tomo 2:1673-1700.
8. Guirao Garriga X, Arias Díaz J, Infecciones Quirúrgicas. Madrid: Arán Ediciones, 2006: vol 9: 190-209.
9. Vizcaíno A, Doxastakis G, Vautier S, Valenzuela J, Spray E. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las pancreatitis agudas en un hospital de mediana complejidad. Rev de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina 2002; 115: 20-23.
10. Maraví E, Jiménez I, Gener J y col. Recomendaciones de la 7<sup>a</sup> Conferencia de Consenso de la SEMICYUC. Pancreatitis aguda grave en Medicina Intensiva. Rev Med Intensiva 2005; 29: 279-304.