



FUNDACION
CLINICA VALLE DEL LILI

CARTA DE LA SALUD

NUMERO 62

www.clinicalili.org.co

JULIO 2001

PANCREATITIS AGUDA

Carlos A. Ordóñez D. M.D.

Cirugía General, Trauma y Cuidado Intensivo
Fundación Clínica Valle del Lili

EDITORIAL

La pancreatitis aguda o inflamación del páncreas, enfermedad desconocida por muchos, puede producir desde dolores abdominales leves hasta la muerte, dependiendo de la gravedad y extensión de la enfermedad.

El páncreas es un órgano de los sistemas gastrointestinales y endocrino se encuentra localizado dentro del abdomen. Tiene funciones muy importantes en la absorción de los alimentos, pero además es un órgano productor de la insulina, sustancia encargada de mantener los niveles de glicemia (azúcar en la sangre), dentro de los límites normales.

Algunas personas que sufren de DIABETES MELLIUTUS tiene alteraciones en las células del páncreas productoras de insulina, por lo tanto tiene deficiencia de esta sustancia y sus niveles de glicemia se elevan necesitando usualmente que se aplique la insulina en forma de inyección.

Aunque la pancreatitis aguda puede también alterar estas células, frecuentemente la porción más afectada del páncreas en esta enfermedad es aquella donde se producen las sustancias que ayudan a la absorción de los alimentos, esto es las denominadas ENZIMAS PANCREATICAS, cuya principal función es "partir" estos alimentos, fundamentalmente las proteínas, en fracciones muy pequeñas que puedan ser absorbidas por el intestino y de esta forma poder ser asimilada en el cuerpo.

Más del 80% de las pancreatitis agudas tiene origen en la ingesta de alcohol (predominantemente en los hombres) y en los cálculos en la vesícula (predominantemente en

las mujeres). Esto significa que en una proporción importante de los casos pudiera llegar a convertirse en una enfermedad prevenible y por lo tanto, de marcado interés en la población general, en que nos motivó a la producción de esta carta, material con el cual continuamos cumpliendo uno de nuestros objetivos más importantes: contribuir con la salud de nuestra gente, desde la educación y prevención hasta el manejo de situaciones complejas.

Marcela Granados, MD.

Jefe Unidad de Cuidados Intensivos

DEFINICIÓN

Cuando el Doctor Nohiman en 1925 describió la pancreatitis aguda como "la más terrible de todas las calamidades que ocurren con relación con las vísceras abdominales", estaba dando un concepto que sigue vigente 75 años después. En efecto, lo súbito de su inicio, la indefinida agonía que la acompaña y la mortalidad asociada "la hacen la más formidable de las catástrofes".

La pancreatitis aguda se puede definir como un proceso inflamatorio del páncreas caracterizado por la sobreactivación de enzimas pancreáticas con liberación de gran cantidad de sustancias tóxicas y vasoactivas que pueden ocasionar lesiones locales autodestructivas (el páncreas se digiere a sí mismo) y sistémicas (en otros órganos), con su consecuente disfunción que puede acabar en la muerte.

En Estados Unidos se registran más de cien mil hospitalizaciones por año y un promedio de 2.250 muertes por este mal. Su incidencia aumentó 10 veces entre 1960 a 1980. La mortalidad general en pancreatitis

grave oscila entre 10-60%, con un promedio de 30% en pancreatitis necrotizante, en la cual hay destrucción de la glándula pancreática y de los tejidos vecinos.

Recordemos que el páncreas es la glándula que segrega unos 20 tipos de enzimas encargadas de digerir los alimentos.

CAUSAS

La causa más común está asociada a cálculos en la vesícula biliar en un 50%. En segundo lugar está el exceso de consumo de alcohol con una frecuencia de 35%. Otras pueden ser desórdenes metabólicos y anatómicos, drogas, toxinas, infecciones, traumas y la pancreatitis idiopática (sin causa conocida), que se puede presentar hasta en un 20-25%.

Un paciente con cálculos en la vesícula y que ha estado asintomático, luego de una comida abundante en grasas y acompañada de bebidas alcohólicas, está muy propenso a desarrollar un cuadro de pancreatitis aguda.

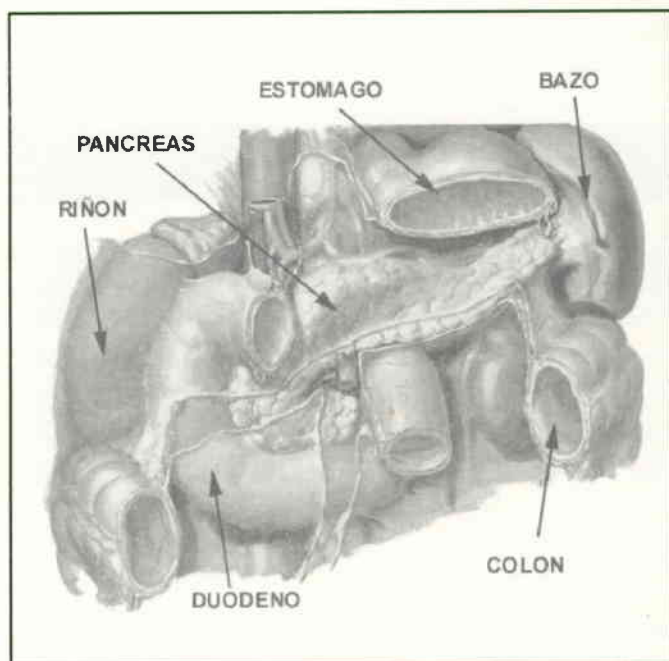


Fig. 1 - Páncreas

CLASIFICACIÓN

En 1992 un grupo de 40 expertos se reunió en la ciudad de Atlanta y clasificó por consenso la pancreatitis como leve y severa.

Pancreatitis Leve

Causa mínima de disfunción o daño a los órganos del cuerpo y constituye del 75 al 85% de las pancreatitis, con edema o inflamación moderada de la glándula y de los tejidos vecinos. Responde rápido a la administración de líquidos endovenosos como suero fisiológico, analgésicos potentes y a la suspensión de la vía oral, durante las primeras 48 horas de iniciada la enfermedad. A las 72 horas el paciente puede iniciar la dieta con líquidos. La recuperación es relativamente rápida.

Pancreatitis severa

Está asociada con mal funcionamiento y daño de diferentes órganos del cuerpo como pulmones, riñones y corazón. Además se acompaña de complicaciones locales como la destrucción o muerte del tejido pancreático y peripancreático (necrosis), abscesos (pus alrededor del páncreas) y pseudoquistes (acumulaciones de líquido no infectado). Es una enfermedad muy grave y con una mortalidad alta. El 20% de todas las pancreatitis son severas.

SÍNTOMAS

El cuadro clínico de una pancreatitis puede confundirse con cualquier patología gastrointestinal o con un infarto del miocardio. El dolor, su manifestación más clara y preponderante, siempre se localiza en el área superior del abdomen y puede extenderse hacia los lados izquierdo o derecho y hacia la espalda; en ocasiones es severo. (Fig. 2. – Areas comunes del dolor en la pancreatitis).

Al igual que en la peritonitis, el paciente puede sentir algún alivio del dolor si opta por una posición mahometana. El vómito se presenta en el 85% de los casos y es debido posiblemente a la íntima relación del páncreas con la cara posterior del estómago. Si el episodio es severo, el paciente puede presentar diferentes grados de deshidratación y trastornos cardiovasculares que pueden llevar a un estado de choque.

La principal ayuda de laboratorio para un correcto diagnóstico es el examen de amilasas en la sangre, ya que el 95% de las pancreatitis se manifiesta con aumento de estas enzimas en las primeras 24 horas. A las 48 horas pueden disminuir hasta su nivel normal; por lo tanto, el diagnóstico con esta prueba debe hacerse lo más rápido posible. Si el paciente consulta después de 48 horas con síntomas de pancreatitis y amilasas normales, se toman muestras de amilasas en orina ya que ahí permanecen elevadas hasta una semana después de iniciado el episodio.

AREAS COMUNES DEL DOLOR EN LA PANCREATITIS

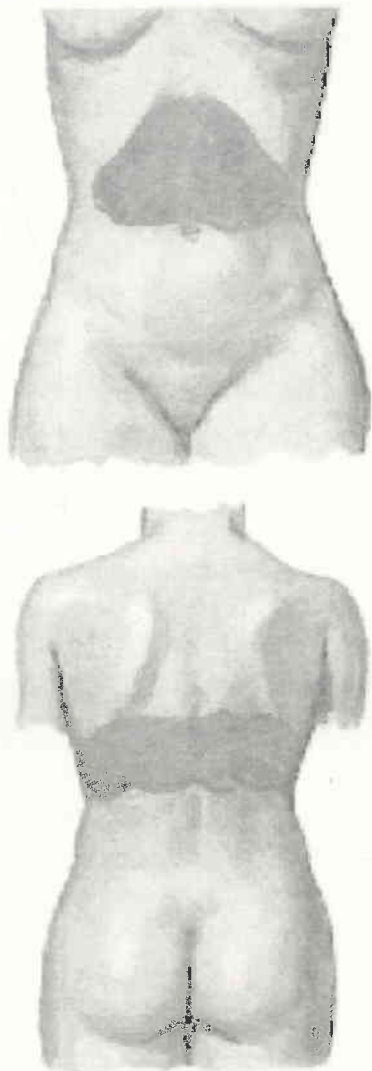


Fig. 2. – Areas comunes del dolor en la pancreatitis.

TRATAMIENTO

La pancreatitis leve se puede manejar con las siguientes medidas generales:

1- Líquidos endovenosos.

Se suministra suero fisiológico, preferiblemente en solución salina en la cantidad requerida para mantener al paciente bien hidratado con buena cantidad de orina, sin sed y con las mucosas húmedas.

2- Analgésicos.

Es de gran importancia quitarle el dolor al paciente lo

más pronto posible y erradicarlo totalmente en las primeras 48 a 72 horas. Para ello, el médico puede recetar derivados de morfina por vía intramuscular o preferiblemente endovenosa, combinados con un antiinflamatorio cada 4 a 6 horas.

3 - Suspensión de la vía oral.

El paciente no debe recibir ningún tipo de alimento durante las primeras 48 horas. Sólo al tercer día se le pueden suministrar líquidos claros y el paciente los debe tolerar. En este caso la pancreatitis es leve, debe ceder con este tratamiento y el cuadro se resolverá rápidamente.

Si el paciente, después de 72 horas, no es capaz de tolerar la vía oral, se trata de una pancreatitis moderada a severa, circunstancia que obliga a internarlo en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) con un soporte integral.

MANEJO DE LA LITIASIS

Cuando la pancreatitis es causada por cálculos en la vesícula y en la vía biliar (litiasis), el médico ordenará realizar una ecografía de la vesícula; si el resultado es positivo para cálculos y se trata de una pancreatitis leve, el tratamiento es el convencional ya descrito, con líquidos, analgésicos y suspensión de la vía oral. El paciente mejorará al segundo ó tercer día con reducción de las amilasas y de sus síntomas y es programado entre el tercero y el quinto día para una operación de vesícula (colecistectomía) por vía laparoscópica en la misma hospitalización.

Si la pancreatitis es severa, después de la ecografía, igual recibirá el manejo convencional mientras los especialistas investigan el foco infeccioso. Si el paciente tiene cálculos en la vesícula, ictericia y/o infección de la vía biliar, se le hace un estudio endoscópico para extraerle los cálculos de urgencia en las primeras 48 o 72 horas, se continúa luego el tratamiento de la pancreatitis severa y cuando el paciente ha mejorado, se lleva a colecistectomía electiva, al final de esa misma hospitalización.

El paciente con pancreatitis severa debe ingresar a la Unidad de Cuidado Intensivo, (UCI), para su manejo, con mayor razón si tiene signos de un abdomen agudo o presenta choque, o algún grado de disfunción de varios órganos. A todo paciente con pancreatitis severa se le debe realizar una escanografía (TAC) para buscar necrosis de la glándula o infección.

NUTRICIÓN

En general, el paciente con pancreatitis leve podrá recibir líquidos por vía oral después de 72 horas. Si no hay buena tolerancia de la vía oral, se le alimentará por vía enteral con una sonda colocada en el intestino; ésto será suficiente para dar un buen aporte sin tener que recurrir a ningún tipo de nutrición parenteral (intravenosa).

Cuando el paciente tiene el diagnóstico de pancreatitis severa, además de esta nutrición por vía enteral (sonda en el intestino), se le inserta un catéter intravascular para nutrición parenteral total y se le suministran los requerimientos nutricionales necesarios por vía central endovenosa.

ANTIBIÓTICOS

La pancreatitis leve no requiere de antibióticos. La pancreatitis necrotizante (en la que hay muerte celular y del tejido páncreas) severa se maneja con antibióticos (AB) desde el momento del diagnóstico. Los AB se aplican por lo menos durante dos semanas y se debe estar pendiente del reporte de los cultivos; observando si aparecen gérmenes resistentes o gérmenes no tratados como el enterococo o la cándida, para hacer la modificación en el régimen de antibióticos, si es necesario.

INDICACIONES PARA CIRUGÍA

El diagnóstico, la valoración y el tratamiento de la pancreatitis aguda necrotizante grave ha evolucionado dramáticamente en las últimas décadas. El reconocimiento de la importancia de la limpieza pancreática o retiro del tejido pancreático y del cercano que se encuentra muerto (necrosectomía) ha mejorado notablemente la

supervivencia con respecto a drenajes solos que se practicaban antes.

En la actualidad, como se conoce mucho mejor la historia de la pancreatitis necrotizante con el reconocimiento de la existencia de un espectro patológico que incluye la necrosis pancreática, la necrosis infectada y el absceso pancreático, es posible establecer diferentes estadios patológicos en la evolución de la enfermedad.

La necrosis pancreática infectada es limpiada y removida quirúrgicamente, porque el componente sólido del material infectado no es efectivamente evacuado por punción (radiología percutánea).

El paciente con pancreatitis severa debe ser manejado en una Unidad de Cuidado Intensivo con un equipo multidisciplinario consistente en el personal médico y paramédico; los cirujanos tratantes deben ser los mismos durante todo el tiempo de hospitalización, igual que el equipo de nutrición, infectología, terapia respiratoria, enterostomal, física y apoyo psiquiátrico.

CONCLUSIÓN

La pancreatitis es un proceso inflamatorio del páncreas con repercusión local y/o sistémica (en todo el cuerpo). En general el 85% de las pancreatitis se comportan como leves y la morbilidad y la mortalidad son muy bajas. El 15% son pancreatitis necrotizantes severas con una alta mortalidad.

La prevención en pancreatitis se realiza evitando abundantes comidas ricas en grasa, disminuyendo el consumo de bebidas alcohólicas, y operándose la vesícula biliar cuando tiene cálculos y si ha sufrido de cólicos por inflamación de ésta.

Es posible reducir la mortalidad a cifras inferiores al 20%, la cual sería ideal para un hospital universitario y privado. La pancreatitis severa continúa siendo un reto para los cirujanos y los médicos que se ven enfrentados a ésta catástrofe intraabdominal.

Comité Editorial:

- | | | | |
|------------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------------|
| • Dr. Martin Wartenberg | • Dr. Hernán G. Rincón | • Dr. Hernán Córdoba | • Dr. Jairo Sánchez |
| • Dr. Adolfo Congote | • Dr. Jaime Orrego | • Dra. Yuri Takeuchi | • Enfermera Gloria C. Jiménez |
| • Sra. María Teresa Sellarés | • Dr. Paulo José Llinás | • Sra. Alda Mera | • Dr. Hermann González |

"Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico".

Dirección: Carta de la Salud - Fundación Clínica Valle del Lili Cra. 98 # 18-49 Tel.: 331 9090 Fax: 331 7499 Santiago de Cali
En Internet: www.clinicalili.org.co

Esta publicación es cortesía de



Y

EL PAIS
El Diario de nuestra gente