

Actualidades en pancreatitis aguda

Seminario de Actualización en Gastroenterología - 18 de noviembre de 2021

Ponente: *Dr. Alzua-Pichardo Eduardo*

Redactó: *Acuña-Montaña Carmen Daniela*

La pancreatitis aguda se define como una condición inflamatoria del páncreas que puede ocasionar daño local, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y falla orgánica; eventos que se asocian a un alto nivel de sufrimiento, morbilidad y gran costo al sistema de salud en general, por lo que se considera una patología de gran interés clínico y médico.

Etiología

El 80 % de los casos de pancreatitis se relaciona con la presencia de litiasis de la vía biliar, consumo de alcohol a largo plazo y trauma (causado por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), biopsia por aspiración con aguja fina o resección pancreática) (**Figura 1**). El 20 % restante se atribuye a condiciones malignas y premalignas (neoplasias mucinosas papilares intraductales y adenocarcinoma ductal), alteraciones metabólicas (hipertrigliceridemia e hipercalcemia), alteraciones genéticas (autoinmunes), farmacológicas (especialmente el uso continuo de furosemida, losartán y azatioprina), infecciosas (virales, bacterianas y parasitarias) e idiopáticas.



Figura 1. Etiologías más comunes de pancreatitis aguda (Autor: Lilián Torres).

Diagnóstico

Se efectúa por medio de la presencia de 2 de los 3 siguientes hallazgos: dolor abdominal en epigastrio con irradiación a hemicinturón, evidencia bioquímica de pancreatitis (elevación de los valores de amilasa y lipasas 3 veces por encima de los valores normales) y evidencia radiográfica de pancreatitis.

Clasificación

En base a sus características y desarrollo, la Clasificación de Atlanta revisada (2012) establece tres grados de pancreatitis:

- **Leve:** corresponde al 80 % de los casos. Se producen cambios intersticiales del páncreas sin complicaciones locales o sistémicas, que se resuelven de manera completa, presentando una mortalidad de <2 %.
- **Moderadamente grave:** se sitúa una falla orgánica transitoria menor a 48 horas, en la que se produce pancreatitis necrotizante, con una mortalidad <5 %.
- **Grave:** se desarrolla una falla orgánica mayor a 48 horas. En este grado el 70 % de los pacientes desarrollan necrosis con una mortalidad del 10 %, mientras que el 30 % restante evoluciona a necrosis infectada con una mortalidad de hasta el 30 %. En ambos casos dichas entidades pueden evolucionar a necrosis amurallada en un lapso de 4 a 6 semanas.

En cuanto a factores pronósticos de la enfermedad, se determina que un índice BISAP mayor o igual a 2 y un APACHE II mayor o igual a 8 predice un cuadro de pancreatitis grave, al igual que la elevación de proteína C reactiva por encima de los 150 mg/ml a las 48 horas.

Tratamiento inicial

Las primeras 48 a 72 horas del tratamiento son



INFORMES DE CONFERENCIA

de vital importancia, ya que las decisiones que se tomen en este lapso de tiempo pueden alterar el curso de la enfermedad de manera positiva o negativa. A pesar de ello, hasta el momento no existe un tratamiento específico que pauté el manejo de los pacientes; se han hecho cambios importantes en el manejo de la pancreatitis en los últimos años y la nueva evidencia desafía los paradigmas antiguos.

Hidratación

El uso de solución de Ringer Lactato reduce la inflamación sistémica en comparación con la solución salina y reduce los niveles de proteína C reactiva a las 24 horas, por lo que una hidratación agresiva temprana (3 ml/kg/hr durante las primeras 8 horas de manejo) acelera la mejoría clínica en la pancreatitis aguda leve. El fundamento inicial de esta recomendación se basa en el hecho de que, al momento de desarrollarse una alteración pancreática, se produce una depleción de los vasos sanguíneos que irrigan el páncreas lo que hace que se perpetúe la inflamación pancreática. Por lo tanto, para disminuir la inflamación y mejorar al paciente, se debe abrir e infundir todo aquel vaso que se encuentre depletado.

Antibióticos profilácticos

Hasta el momento, no se recomienda su uso en casos graves o necrosis estéril ya que no aumenta la supervivencia del paciente ni disminuye los días de estancia hospitalaria; solamente han sido favorables en casos de necrosis infectada, la cual suele identificarse cuando se presenta deterioro del paciente o no hay mejoría después de 7 a 10 días de hospitalización. Se recomienda la aspiración por aguja fina guiada por TAC (AAF-TC) para realizar tinción Gram y cultivo, pero de manera general se debe iniciar un esquema de antibiótico empírico por medio de carbapenémicos, quinolonas y metronidazol, fármacos que tienen mejor infiltración pancreática.

De la misma manera se puede valorar la implementación temprana de un tratamiento antibiótico por medio de la cuantificación de calcitonina para predecir el riesgo de infección, si existe elevación de sus valores es posible iniciar un esquema empírico.

Nutrición

A diferencia de lo que se creía antes, mantener en ayuno a los pacientes por tiempo prolongado va en contra de las nuevas indicaciones en el manejo de la pancreatitis. Actualmente se recomienda la alimentación temprana (<24 horas) por medio de una dieta normal baja en colecistoquinéticos si el estado clínico del paciente lo permite. En pacientes que no toleran vía oral se opta por vía nasogástrica o nasoyeyunal, ya que al dejar a los pacientes en ayuno prolongado incrementa el riesgo de translocación bacteriana e infección de las colecciones pancreáticas por la apertura de las uniones intercelulares que permiten el paso de bacterias.

Pentoxifilina

El uso de este bloqueador de TNF alfa disminuye la cantidad de ingresos a la UCI y la estancia hospitalaria de pacientes con riesgo alto de pancreatitis aguda grave. Por lo tanto, su uso puede mejorar el pronóstico de los mismos y hasta el momento se considera un fármaco seguro debido a la ausencia de efectos adversos.

Endoscopia y cirugía

Aquellos pacientes con pancreatitis aguda y colangitis aguda deben de someterse a CPRE en las primeras 24 horas, además se recomienda la realización de colecistectomía antes del egreso para prevenir la recurrencia de pancreatitis. Si existen datos de pancreatitis necrotizante, la operación puede diferirse hasta que la inflamación activa disminuya y las colecciones líquidas se resuelvan o estabilicen. De hecho, en pacientes estables con necrosis infectada, el drenaje quirúrgico, radiológico y/o endoscópico se tiene que retrasar preferiblemente a más de 4 semanas para permitir la licuefacción de los contenidos y el desarrollo de una pared fibrosa alrededor de la necrosis. Usualmente se prefieren los métodos mínimamente invasivos para dichos casos, como el ultrasonido endoscópico con prótesis metálica de aposición luminal (LAMS). La presencia de pseudoquistes asintomáticos y necrosis pancreática no justifica una intervención, a pesar del tamaño, localización y/o extensión.



Estudios de imagen

Ultrasonido

Es el método principal que se utiliza de forma temprana para valorar la presencia de litos biliares, especialmente para aquellos pacientes que se presentan por primera vez y los que tienen un diagnóstico incierto.

Tomografía computarizada (TC)

La TC con contraste no debe realizarse por protocolo, especialmente en aquellos casos en los que se tiene una presentación clínica y bioquímica típica. Solamente es recomendable en los casos donde la presentación clínica y los niveles de amilasa y lipasa no son concluyentes, así como el deterioro del estado del paciente, disminución de hemoglobina y/o hematocrito, taquicardia, hipotensión, fiebre persistente o leucocitosis, elementos que se asocian normalmente a sepsis. Se recomienda que se realice entre las 48 a 72 horas del ingreso, ya que la toma temprana puede subestimar la gravedad de la enfermedad; además, se considera que la realización de la TC de forma tardía (>7 a 21 días después del inicio de síntomas) es muy eficaz para evaluar la gravedad y guiar el tratamiento.

Nuevos blancos terapéuticos

Por medio del amplio estudio de la fisiopatología de la pancreatitis se sabe que existe disfunción mitocondrial, activación prematura del tripsinógeno, estrés del retículo endoplásmico, autofagia deficiente y señalización patológica del calcio. Todos estos eventos se desencadenan por toxinas acinares (alcohol nicotina, ácidos biliares y eventos intraluminales como incremento de la presión intraductal, acidificación luminal y exposición ductal a los ácidos biliares), lo que perpetúa una reacción inflamatoria.

En base a esto, se conoce la existencia de un grupo de agentes que tienen blancos terapéuticos en dichos procesos. Muchos de ellos ya están comercialmente disponibles y algunos se encuentran en estudios clínicos, como el tocilizumab que tiene como blanco la IL-6 con el fin de detener la respuesta inflamatoria.

Pancreatitis y COVID-19

Hasta el momento, se conoce que alrededor del 17 % de los pacientes con COVID-19 pueden llegar a producir una tormenta de citoquinas que progresa a una pancreatitis aguda, lo que incrementa el riesgo de internamiento en terapia intensiva, intubación y muerte.

Conclusiones

La pancreatitis aguda es una de las enfermedades con gran incidencia y prevalencia en múltiples grupos etarios, por lo que es importante su reconocimiento, tratamiento y diagnóstico temprano para evitar las múltiples consecuencias tanto para el paciente como para las instituciones a su cargo. El futuro del tratamiento de la pancreatitis se debe basar en encontrar los mejores analgésicos y líquidos (tipo óptimo, tasa de infusión y metas definidos) para mejorar el manejo temprano de los pacientes, valorar el beneficio de la cirugía urgente en pancreatitis aguda grave por manejo endoscópico o conservador, y el tratamiento de las complicaciones tardías de la enfermedad como la diabetes mellitus tipo 2 y la insuficiencia pancreática exocrina.

