

Pancreatitis

A la inflamación del Páncreas se le conoce como pancreatitis. Durante mucho tiempo se ha relacionado a esta enfermedad con el alcoholismo y la ingesta excesiva de alimentos grasos, y, aunque sí están relacionados, no solo este tipo de hábitos se relacionan con dicha enfermedad, incluso en las mujeres la causa más común es de origen biliar, esto es, que está relacionado con la presencia de piedras en la vesícula, las cuales ya sea migran de esta última a la vía biliar o se forman dentro de la misma vía biliar, dando como conclusión la falta de drenaje de la bilis que se produce en el hígado y/o de las secreciones pancreáticas que deberían drenar hacia el duodeno -que es la primera porción del intestino delgado-, también la inflamación del páncreas o pancreatitis está relacionada con niveles de grasa en la sangre elevados, virus, tumores, autoinmune, entre otras, por lo que a continuación me permitiré dar mayor información a usted acerca de dicha enfermedad.



Pancreatitis aguda y pancreatitis crónica

La inflamación aguda o reciente inicio del páncreas se le conoce como pancreatitis aguda y es la forma más común de la inflamación de la misma, y la inflamación crónica del páncreas es la forma de aparición de los síntomas de pancreatitis de manera crónica y consecutiva, y en la mayoría de los casos se debe a ingesta crónica de bebidas alcohólicas, entre otras, sin embargo no me voy a enfocar en este artículo a esta causa, ya que la presencia de pancreatitis crónica es pancreatitis aguda de manera repetitiva y los agentes causales son los mismos que la aguda. La pancreatitis

aguda tiene diferentes grados de inflamación, siendo clasificada desde el año 1992 dentro del consenso de pancreatitis en Atlanta, como pancreatitis aguda, leve, moderada y grave, según la forma de inicio en su presentación y diferentes grados de gravedad con que debute la enfermedad. Reconocer a los pacientes con pancreatitis aguda grave lo más pronto posible es decisivo para lograr un pronóstico óptimo. El tratamiento depende en gran parte de la gravedad. Mientras que el tratamiento de la pancreatitis aguda leve es relativamente simple y el de la pancreatitis aguda grave implica cuidados intensivos. Los objetivos del tratamiento médico incluyen: proporcionar cuidados de apoyo intensivos a fin de reducir la inflamación, limitar la infección o la sobreinfección e identificar y tratar las complicaciones cuando sea apropiado. La intervención quirúrgica (abierta, mínimamente invasiva o endoscópica) para tratar las complicaciones está indicada en algunos casos.

Causas

La causa más frecuente de pancreatitis aguda en los países desarrollados, representando hasta el 40%, es el paso de los cálculos biliares hacia el colédoco y su alojamiento temporal en el esfínter de Oddi. El riesgo de que un cálculo ocasione pancreatitis es inversamente proporcional a su tamaño. Se considera que la lesión de la célula acinar ocurre en forma secundaria al incremento de las presiones en el conducto pancreático ocasionado por cálculos biliares obstructivos en la ampolla de Vater, aunque esto no se ha demostrado de manera definitiva en seres humanos. Otras teorías son la obstrucción debida al edema consecutivo a la expulsión de un cálculo o el reflujo de bilis hacia el conducto pancreático a consecuencia de la obstrucción transitoria de la ampolla de Vater durante el paso de los cálculos biliares. La microlitiasis oculta probablemente es la causa de la mayoría de los casos de pancreatitis aguda idiopática (de origen desconocido)

Diagnóstico

El diagnóstico de pancreatitis aguda exige que se cumplan dos de los siguientes tres criterios: dolor epigástrico (a nivel de la boca del estómago) persistente e intenso de inicio agudo, que a menudo irradia hacia la espalda; lipasa o amilasa séricas (exámenes de sangre) incrementadas \geq a 3 tantos del límite superior del rango de referencia; y pruebas por imágenes (TAC, RM o ecografía transabdominal) con hallazgos característicos de pancreatitis aguda.

Los siguientes hallazgos físicos, a pesar de ser infrecuentes, se relacionan con pancreatitis necrosante grave:

- Signo de Cullen (equimosis alrededor del ombligo, a causa de hemoperitoneo).
- Signo de Grey Turner (equimosis en la pared lateral del abdomen, como resultado de la disección de los planos de los tejidos por la sangre); es más frecuente que los pacientes tengan un eritema rubicundo en los flancos a consecuencia de la extravasación del exudado pancreático.
- Nódulos cutáneos eritematosos, por lo general no mayores de 1 cm y casi siempre localizados en las superficies extensoras de la piel; poliartritis.

Durante la exploración física pueden observarse los siguientes hallazgos, variando de acuerdo a la gravedad de la enfermedad:

- Los signos vitales alterados incluyen fiebre (76%) y taquicardia (65%), también puede presentarse hipotensión.
- En la mayoría de los pacientes se observa hipersensibilidad abdominal, rigidez refleja de la musculatura abdominal (68%) y distensión (65%); el peristaltismo suele estar reducido o ausente debido a íleo gástrico y del colon transverso; la rigidez muscular involuntaria tiende a ser más acentuada en la parte superior del abdomen.
- Una minoría de los pacientes presenta ictericia (28%).
- Algunos pacientes presentan disnea (10%) la cual puede deberse a irritación del diafragma (como resultado de la inflamación), derrame pleural o un trastorno más grave, por ejemplo, síndrome de

dificultad respiratoria aguda (SDRA); puede presentarse taquipnea; la auscultación pulmonar puede revelar estertores basales, sobre todo en el pulmón izquierdo.

- En casos graves puede haber inestabilidad hemodinámica (10%) y hematemesis o melena (5%). Además, los pacientes con pancreatitis aguda grave suelen estar pálidos, diaforéticos y asténicos.
- En ocasiones, en las extremidades puede observarse espasmo muscular secundario a hipocalcemia.



Tratamiento

Las guías para el tratamiento de pancreatitis aguda del *American College of Gastroenterology* publicadas en 2013 comprenden lo siguiente:

- Dado que la pancreatitis aguda por lo general se puede diagnosticar con base en los síntomas clínicos y las pruebas de laboratorio, la TAC con contraste o la RM del páncreas sólo se llevan a cabo cuando no hay mejoría clínica, cuando el diagnóstico o la causa no están claros y en caso de episodios recidivantes de pancreatitis aguda así como en pacientes con riesgo de una neoplasia maligna.
- La valoración del estado hemodinámico se debe realizar de inmediato cuando acude el paciente y se han de iniciar las medidas de reanimación que sean necesarias.
- Los pacientes con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) o insuficiencia orgánica, de ser posible, se han de ingresar a una unidad de cuidados intensivos (UCI) o a una unidad de cuidados intermedios.

- Todos los pacientes han de recibir hidratación intensiva, a menos que lo impidan los trastornos cardiovasculares o renales concomitantes. La hidratación intravenosa (IV) es más eficaz en las primeras 12 a 24 horas y posiblemente es escaso el beneficio derivado de su administración después de este lapso.
- Las guías recomiendan no utilizar antibióticos de manera profiláctica en casos de pancreatitis aguda grave o necrosis estéril. Sin embargo, la intervención en pacientes con necrosis infectada se puede retrasar por el empleo de antibióticos que no penetran el tejido necrótico. Las complicaciones infecciosas como el absceso pancreático y el pseudoquiste pancreático infectado requieren de tratamiento con antibióticos.
- En casos leves de pancreatitis aguda sin náusea ni vómito, se puede iniciar inmediatamente la alimentación oral. En los casos graves se debe administrar alimentación por sonda y se debe evitar la nutrición parenteral.
- La pancreatitis autoinmune es un trastorno infrecuente. En pacientes con sospecha de pancreatitis autoinmune que acuden con pancreatitis aguda no se deben utilizar corticoesteroides a corto plazo para tratar este trastorno.