

DOI: 10.26820/recimundo/4.(2).mayo.2020.86-93

URL: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/826>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de Revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas; 3201 Ciencias Clínicas

PAGINAS: 86-93



Recomendaciones en el manejo actual de la pancreatitis aguda

Recommendations in the current management of acute pancreatitis

Recomendações no tratamento atual da pancreatite aguda

Marco Esteban Rodríguez Revelo¹; Paul Alejandro Yáñez Piedra²;
Patricio Renato Zapata Paredes³; Alejandro Ernesto Novoa Obregón⁴

RECIBIDO: 15/03/2020 **ACEPTADO:** 20/03/2020 **PUBLICADO:** 20/05/2020

1. Médico Cirujano; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; marco.rodrev@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-3403-3743>
2. Médico Cirujano; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; payanez@udlanet.ec;  <https://orcid.org/0000-0003-0938-5077>
3. Médico Cirujano; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; dr.renatozapataparedes@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-3416-9069>
4. Médico Cirujano; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; mdnovoa1200@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-8120-2111>

CORRESPONDENCIA

Marco Esteban Rodríguez Revelo
marco.rodrev@gmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La pancreatitis aguda corresponde a una patología de gran relevancia clínica, la importancia de un correcto manejo radica en evitar las complicaciones y recurrencias de la enfermedad, el abordaje inicia con una acertada anamnesis y examen físico a partir de la sintomatología, misma que incluye dolor abdominal, náuseas y vómitos. La etiología no se encuentra definida, sin embargo, se menciona la litiasis biliar y el elevado consumo de alcohol como prioritarias. El proceso de autodigestión pancreática forma parte de la fisiopatología de la enfermedad. El tratamiento se enfoca en el reposo del órgano, restringiendo la ingesta por vía oral de manera inicial, sin embargo, existen nuevas recomendaciones referentes a la nutrición enteral y nutrición parenteral total que orientan de mejor manera este tema. El uso antibiótico se encuentra limitado a ciertos procesos y evolución desfavorable, el manejo analgésico y la hidratación agresiva forman parte del pilar del tratamiento médico. El abordaje quirúrgico y endoscópico se recomienda solo en casos limitados.

Palabras clave: Diagnóstico, Fisiopatología, Manejo actual, Recomendaciones, Pancreatitis Aguda.

ABSTRACT

Acute pancreatitis corresponds to a pathology of great clinical relevance, the importance of correct management of radicals in avoiding complications and recurrences of the disease, the approach begins with a correct anamnesis and physical examination based on the symptoms, which includes abdominal pain, nausea and vomiting. The etiology is not defined, however, biliary lithiasis and high alcohol consumption are mentioned as priorities. The pancreatic self-digestion process is part of the pathophysiology of the disease. Treatment focuses on resting the organ, restricting oral intake initially, however, there are new recommendations regarding enteral nutrition and total parenteral nutrition that are better oriented on this topic. Antibiotic use is limited to processes and unfavorable evolution, analgesic management and aggressive hydration are part of primary medical treatment. The surgical and endoscopic approach is recommended only in limited cases.

Keywords: Diagnosis, Pathophysiology, Current Management, Recommendations, Acute Pancreatitis.

RESUMO

A pancreatite aguda corresponde a uma patologia de grande relevância clínica, a importância do manejo correto dos radicais na prevenção de complicações e recorrências da doença; a abordagem começa com uma correta anamnese e exame físico com base nos sintomas, incluindo dor abdominal, náusea e vômito. A etiologia não está definida, no entanto, a litíase biliar e o alto consumo de álcool são mencionados como prioritários. O processo de auto digestão pancreática faz parte da fisiopatologia da doença. O tratamento se concentra no repouso do órgão, restringindo inicialmente a ingestão oral, no entanto, há novas recomendações sobre nutrição enteral e nutrição parenteral total que são mais bem orientadas sobre esse tópico. O uso de antibióticos é limitado a processos e evolução desfavorável, o manejo analgésico e a hidratação agressiva fazem parte do tratamento médico primário. A abordagem cirúrgica e endoscópica é recomendada apenas em casos limitados.

Palavras-chave: Diagnóstico, Fisiopatologia, Manejo Atual, Recomendações, Pancreatite Aguda.

Introducción

La pancreatitis aguda es una de las patologías gastrointestinales que con frecuencia se observa en la práctica clínica y que generalmente requiere hospitalización (Velázquez & Cárdenas, 2017), una anamnesis y un examen físico exhaustivos permiten al profesional orientarse de manera diferencial hacia esta enfermedad. La etiología de la pancreatitis incluso en la actualidad no se comprende del todo, sin embargo, autores como Durón et al. (2018) y Ocampo et al. (2015), la relacionan a la litiasis biliar y al consumo de alcohol como causas principales, no obstante, la lista no está limitada únicamente de esta manera, se mencionan también causas neoplásicas, infecciosas, ingestión de fármacos, traumatismos, entre otras.

El daño del órgano se inicia cuando se activan las enzimas pancreáticas dentro de las células acinares, sistemas de drenaje de la glándula o el propio intersticio, lo que conduce a la activación del proceso inflamatorio generando una respuesta agresiva por parte del órgano afecto, esta secuencia de daños es provocada por la autodigestión enzimática ya señalada. La pancreatitis aguda se caracteriza por el desarrollo súbito de las manifestaciones clínicas, lo que deriva en una clasificación específica que determina su manejo.

El páncreas como tal constituye una glándula de secreción endócrina y exócrina cuya función es la de mantener la homeostasis de carbohidratos, lípidos y proteínas a través de la producción hormonal de insulina, glucagón y somatostatina, además, se encarga de la digestión de nutrientes que llegan al intestino delgado secretando el llamado jugo pancreático, el cual contiene las enzimas que permiten la digestión a ese nivel. Algunas de esas enzimas son la tripsina, quimotripsina, fosfolipasa, mismas que son transportadas y secretadas a manera de proenzimas y cuya activación ocurre en

el duodeno, donde la enterocinasa cambia el tripsinógeno a tripsina y permite el inicio de una compleja corriente de transformación enzimática partiendo de la tripsina activa y contribuyendo al proceso digestivo (Figura 1). Una parte importante acerca de la funcionalidad del jugo pancreático es que permite regular el pH ácido que contiene el quimo procedente del estómago, gracias a la gran cantidad de iones bicarbonato (Lizardo, 2008).

Las principales manifestaciones están asociadas a la fisiopatología de la enfermedad, el dolor abdominal a nivel de epigastrio es el principal síntoma que además puede estar acompañado de náuseas, vómitos y molestias abdominales, en ciertas ocasiones durante el examen físico puede encontrarse una masa a nivel de epigastrio como respuesta a la irritación del peritoneo circundante al páncreas. La amilasa y lipasa permiten el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad ya que se encuentran incrementadas en la gran mayoría de los casos (Durón et al, 2018).

El tratamiento es el pilar fundamental de esta revisión, sin embargo, es necesario conocer algunos aspectos que ya se han detallado a manera general y que facilitan una mayor comprensión del proceso de la enfermedad.

Metodología

Participantes / Unidades de Medición / Fuentes/ Muestra/Materiales

Para el desarrollo se usó artículos científicos, revisiones, guías clínicas y demás materiales que por su contenido se consideraron de relevancia o de interés para el lector.

Instrumentos / Reactivos de medición / Técnicas de recolección de datos

Algunas bases de datos consultadas fueron; PubMed, Dialnet, y otros motores de

búsqueda como google académico.

Técnicas de análisis de datos

Los términos de búsqueda que se utilizaron son "pancreatitis aguda" "tratamiento de pancreatitis aguda" "manejo actual de pancreatitis aguda" "fisiopatología de la pancreatitis aguda" los criterios de selección estuvieron enfocados en idioma español e inglés; publicaciones disponibles desde el 2008 hasta 2020 incluyendo esos años, acceso completo y abierto; en materia de salud y medicina; estudios con aplicación en humanos.

Procedimiento

Como motivación de la investigación la información se organizó de acuerdo con el objetivo del presente artículo, que se enfoca en la discusión del tratamiento o manejo actual de la patología.

Resultados

El manejo de la enfermedad incluye en primer lugar un diagnóstico correcto, para lo cual se utilizan dos o más de los siguientes criterios; dolor abdominal distintivo o característico, es decir una molestia leve pero constante ubicada en epigastrio y que se irradie a espalda, niveles de amilasa y lipasa con un valor al menos tres veces por encima del basal y/o estudios de imagen orientadores por medio de ultrasonografía como examen inicial, tomografía como estándar diagnóstico o resonancia magnética en caso de hipersensibilidad al medio de contraste, autores como Ocampo et al., consideran el uso obligatorio de una técnica de imagen para evitar falsos positivos de pancreatitis aguda.

En cuanto a la historia clínica y examen físico, de primer momento es de gran utilidad detallar los antecedentes patológicos personales ya que a través de estos se puede orientar la causa, por ejemplo; presencia

de cálculos biliares, ingestión alcohólica frecuente, hiperlipidemia, procedimientos como una CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) reciente. Referente al examen físico, se debe prestar atención en los signos de gravedad de la enfermedad, tales como; fiebre, hipotensión, taquicardia, alteración del nivel de conciencia, signos de irritación peritoneal, signo de Cullen o Gray Turner (Durón et al, 2018).

Finalmente, una valoración completa incluye exámenes de laboratorio en los que se podría encajar de forma inicial una biometría hemática, química sanguínea que incorpore niveles de amilasa, lipasa (valores más sensibles y específicos), lactato, magnesio calcio y fósforo, además de un uroanálisis. Dependiendo del contexto clínico y la gravedad del paciente podría añadirse PCR y gasometría arterial.

Clasificación

Como se mencionó en apartados previos la clasificación determina el manejo y en este caso se habla de dos tipos. En primer lugar; la pancreatitis aguda edematosa, en la que no se evidencia tejido necrótico y generalmente tiene buena evolución por lo que su resolución ocurre durante la primera semana, y en segundo lugar la pancreatitis aguda necrotizante que se asocia a necrosis pancreática o peripancreática.

Otra clasificación que mencionan (James et al. 2018 & Huerta 2013), es en base a la gravedad, la cual fue instaurada en el congreso de Atlanta y estratifica la enfermedad en cuadros leves, moderados o severos de acuerdo con la presencia o no de falla orgánica determinada por la puntuación modificada de Marshall.

Predicción de severidad

Este apartado es de especial interés, ya que en este momento se decide si el paciente ingresa a cuidados intermedios o intensivos

con su respectivo manejo de área. Los sistemas de puntuación que se describen son variados e incluyen; los criterios de Ranson (Tabla 1) que valora 11 factores, 5 al ingreso y 6 a las 48 horas, APACHE II y APACHE-O, Criterios de Glasgow modificada, BALI score, etc.

No hay un consenso en la preferencia de uso de estas escalas sin embargo se prefiere la escala de Ranson para el abordaje del paciente en emergencias y Apache II para el monitoreo y seguimiento constante del paciente hospitalizado (Durón et al, 2018; James & Crockett, 2018).

Tratamiento

Siempre que sea posible el manejo debe ser de acuerdo con la causa. La pancreatitis leve puede tratarse de manera ambulatoria con analgesia oral, sin embargo, se tomará en consideración que la mayoría de los pacientes requieren hospitalización. En las primeras 72 horas el control rutinario de los signos vitales, la toma del panel laboratorial y de imagen constituyen los pilares fundamentales, una identificación de alteraciones funcionales obliga a un manejo más agresivo o en su defecto valoración por otras áreas como cirugía o unidad de cuidados intensivos.

Manejo del dolor y fluidoterapia

El manejo del dolor incluye el uso de opioides como fármacos de primera línea. El secuestro de líquidos en el tercer espacio que ocurre en esta enfermedad puede determinar un estado de choque, por ende, es necesario la administración de fluidos durante las primeras 24 horas (Mandalia et al, 2018). La AGA recomienda el uso de Lactato de Ringer de 200-500 ml/h para mantener una presión arterial media encima de 65 mmHg y un gasto urinario de 0.5 mL/Kg/hora, el monitoreo clínico del estado de hidratación del paciente es importante para evitar sobrecarga de volumen (Swaroop et

al, 2018).

Nutrición

En la valoración inicial se recomienda el reposo del páncreas, es decir mantener al paciente en ayuno por vía oral, en caso de una pancreatitis leve sin evidencia de dolor, náuseas, vómitos o íleo, se sugiere el inicio de la vía oral tan pronto exista posibilidad (dentro de 24 horas), el soporte nutricional es clave cuando ya es manejada la enfermedad en un paciente hospitalizado, usándose de elección la terapia enteral sobre la nutrición parenteral total (Mandalia et al, 2018).

En pancreatitis grave o en pacientes en los que la nutrición enteral agrava los signos clínicos se indica la nutrición parenteral total, sin embargo, es fundamental reiniciar la nutrición enteral tan pronto lo tolere el paciente o exista evidencia de mejoría clínica (Durón et al, 2018).

Antibióticos y otros medicamentos

La pancreatitis aguda es considerada una afección estéril, sin embargo, existe la posibilidad en ciertos casos de infección pancreática o extrapancreática que debe sospecharse en pacientes con deterioro clínico o ausencia de mejoría a pesar del tratamiento, en los cuales el uso de antibióticos debe estar limitado a la sensibilidad del patógeno causal, priorizando el uso de carbapenémicos, la duración depende de la respuesta clínica y negatividad de cultivos. El uso profiláctico de antibióticos se desaconseja en cualquier nivel de gravedad. La utilización de probióticos y prebióticos se encuentra contraindicada (Mandalia et al, 2018). Fármacos como la heparina de bajo molecular y sinvastatina tienen efectos positivos en la enfermedad, sin embargo, se tratan de estudios experimentales (Durón et al, 2018).

Endoscopia y tratamiento quirúrgico

La endoscopia se aconseja en pacientes que presentan colangitis añadida a la pancreatitis aguda de causa biliar. En el caso del tratamiento quirúrgico se aconseja realizar colecistectomía temprana (menor a 48 h) en pacientes con pancreatitis aguda biliar leve para disminuir el riesgo de pancreatitis biliar recurrente (Durón et al, 2018).

Conclusiones

- La pancreatitis aguda corresponde a una enfermedad frecuente que necesita atención prioritaria para evitar complicaciones, una anamnesis y un examen físico sugerentes apoyan la realización de pruebas complementaria que ayuden a

un diagnóstico eficaz. De acuerdo con la clasificación de la enfermedad se puede orientar un tratamiento, sea este, de soporte que incluya el reposo del páncreas, limitando la ingesta oral hasta verificar el estado del paciente, o el uso de nutrición enteral o parenteral. El uso de analgésicos tipo opioides son los de elección para el manejo del dolor y la terapia antibiótica solo se encuentra recomendada en casos especiales.

- Finalmente, podemos decir que un adecuado manejo de la enfermedad es responsabilidad de todo el equipo sanitario que se encuentra valorando al paciente y que las decisiones que se tomen siempre deben ser encaminadas a la mejoría clínica y a la prevención de eventos recurrentes y complicaciones.

Anexos

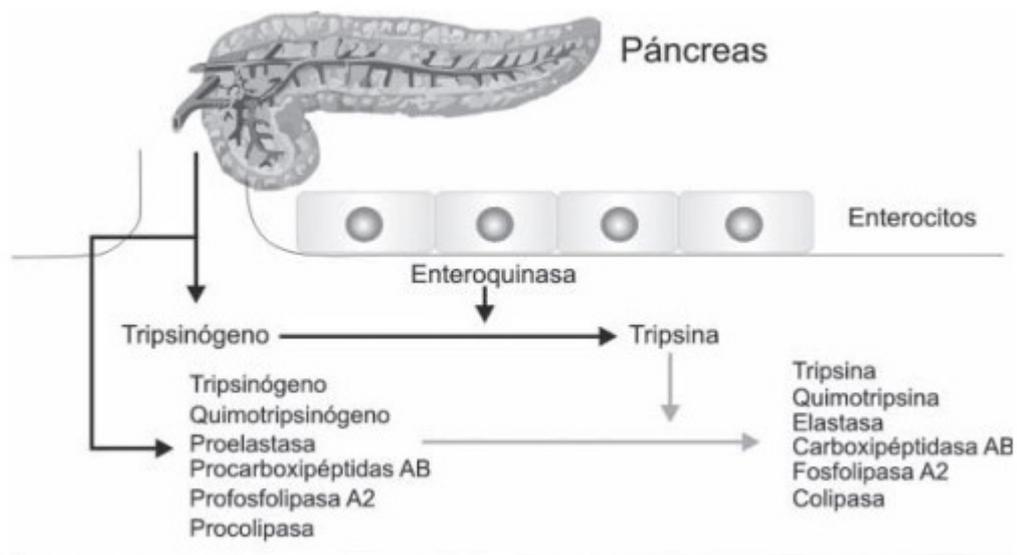


Figura 1. Activación de enzimas pancreáticas por enterocinas

Fuente: (Lizardo, 2008)

Tabla 1. Criterios para el pronóstico de pancreatitis

Criterios al momento del ingreso del paciente
1 Edad > 55 años
2 Glucosa > 200 mg/dl
3 Leucocitos > 16000
4 AST > 250
5 LDH > 350
Criterios que pueden desarrollarse durante los 2 primeros días en el hospital:
1 Aumento de BUN más de 5 mg/dL
2 Déficit de base >4 mEq/L
3 Caída del Hct de un 10 % o superior
4 PO2 <60 mmHg
5 Calcio <8 mg/dL
6 Retención de líquidos >6 L

Fuente: (Basit et al, 2020)

Bibliografía

Velázquez, V., & Cárdenas, L. (2017). Pancreatitis aguda y necrosis pancreática: conceptos actuales y tratamiento. Recuperado 23 de mayo de 2020, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg2017/cg173c.pdf>

Durón, D. B., Laínez, A. G., García, W. U., Rubio, L. L., Rosales, A. B., & Romero, L. D. (2018). Pancreatitis Aguda: Evidencia Actual. Archivos de Medicina, 14(1). Recuperado 23 de mayo de 2020, de <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/pancreatitis-aguda-evidencia-actual.php?aid=22310#.XslcvogIFng.mendeley>

Ocampo, Carlos, & Kohan, Gustavo, & Leiro, Fabio, & Basso, Sandra, & Gutiérrez, Silvia, & Perna, Lorena, & Serafini, Victor, & Lada, Paul, & Lanceloti, Tomas, & García, Hugo, & Tolino, Mariano, & Stork, Gustavo, & Zandalazini, Hugo, & Buonomo, Luis, & Mercade, José, & Ferreres, Alberto, & Troubul, Fernando, & Latif, Jorge, & Klappenbach, Roberto, & Capitanich, Pablo, & Rainone, Patricio, & Sisco, Pablo, & Zartarian, Diego, & Álvarez, Sebastián (2015). Diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda en la Argentina. Resultados de un estudio prospectivo en 23 centros. Acta Gastroenterológica Latinoamericana, 45(4),295-302. Fecha de consulta 23 de Mayo de 2020. ISSN: 0300-9033. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1993/199343433005.pdf>

Lizarazo Rodríguez, Jorge Iván (2008). Fisiopatología

de la pancreatitis aguda. Revista Colombiana de Gastroenterología, 23(2),187-191. Fecha de consulta 23 de Mayo de 2020. ISSN: 0120-9957. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3377/337731587011.pdf>

Huerta-Mercado Tenorio, Jorge. (2013). Tratamiento médico de la pancreatitis aguda. Revista Medica Herediana, 24(3), 231-236. Recuperado el 23 de mayo de 2020, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000300010&lng=es&tlng=es

Basit, H., Ruan, G. J., & Mukherjee, S. (2020). Ranson Criteria. In StatPearls. StatPearls Publishing. Recuperado 23 de mayo de 2020, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482345/>

Greenberg, J. A., Hsu, J., Bawazeer, M., Marshall, J., Friedrich, J. O., Nathens, A., Coburn, N., May, G. R., Pearsall, E., & McLeod, R. S. (2016). Clinical practice guideline: management of acute pancreatitis. Canadian journal of surgery. Journal canadien de chirurgie, 59(2), 128–140. <https://doi.org/10.1503/cjs.015015>

James, T. W., & Crockett, S. D. (2018). Management of acute pancreatitis in the first 72 hours. Current opinion in gastroenterology, 34(5), 330–335. Recuperado el 23 de mayo de 2020, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6245573/>

Mandalia, A., Wamsteker, E. J., & DiMagno, M. J. (2018). Recent advances in understanding and managing acute pancreatitis. F1000Research,

7, F1000 Faculty Rev-959. Recuperado el 23 de mayo de 2020, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6039949/>

Swaroop, S., DiMagno, M., Forsmark, C., Martel, M., & Barkun, A. (2018). Initial Medical Treatment of Acute Pancreatitis: American Gastroenterological Association Institute Technical Review. Recuperado 23 de mayo de 2020, de [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(18\)30075-1/pdf](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(18)30075-1/pdf)



RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL

CC BY-NC-SA

ESTA LICENCIA PERMITE A OTROS ENTREMEXCLAR, AJUSTAR Y CONSTRUIR A PARTIR DE SU OBRA CON FINES NO COMERCIALES, SIEMPRE Y CUANDO LE RECONOZCAN LA AUTORÍA Y SUS NUEVAS CREACIONES ESTÉN BAJO UNA LICENCIA CON LOS MISMOS TÉRMINOS.

CITAR ESTE ARTICULO:

Rodríguez Revelo, M., Yáñez Piedra, P., Zapata Paredes, P., & Novoa Obregón, A. (2020). Recomendaciones en el manejo actual de la pancreatitis aguda. RECIMUNDO, 4(2), 82-89. doi:10.26820/recimundo/4.(2).mayo.2020.86-93