

Pancreatitis aguda

¿Qué es y cuáles son sus causas?

La pancreatitis aguda se desarrolla cuando se produce un desequilibrio en los mecanismos que inhiben o estabilizan la actividad de las enzimas en el interior de las células acinares pancreáticas, lo que conduce a la activación de las enzimas que todavía no han sido secretadas y continúan en este órgano.

Las enzimas activas conducen a la autodigestión del páncreas y de los tejidos circundantes. A consecuencia de este proceso una gran parte del páncreas puede sufrir un daño irreversible. Las enzimas pancreáticas activas digieren las paredes vasculares y las paredes del tracto digestivo adyacentes al páncreas, lo que puede causar hemorragia interna o perforación.

La autodigestión del páncreas desencadena una respuesta inflamatoria local intensa y a menudo generalizada, en la cual participan numerosos mediadores (quimioquinas, citoquinas, prostaglandinas, moléculas de adhesión, factores del complemento) y células inflamatorias (neutrófilos, eosinófilos, linfocitos, monocitos y macrófagos).

La reacción inflamatoria puede ser tan intensa que escapa del control del organismo y conduce al denominado síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) y a un fracaso multiorgánico, cuyo cuadro clínico puede asemejarse a la sepsis.

En el desarrollo de pancreatitis aguda de curso grave pueden producirse: insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal, insuficiencia cardiovascular y trastornos de la coagulación. En un 10 % de los casos la forma grave de pancreatitis aguda es letal.

La pancreatitis aguda puede ser desencadenada por cualquier factor que dañe las células acinares pancreáticas y altera la secreción de las enzimas. **En un 80 % de los casos, la enfermedad es consecuencia de una coleditiasis o del consumo excesivo de alcohol.**

El siguiente 10 % de los casos de pancreatitis aguda está provocada por:

- hiperlipidemias,
- determinados fármacos,
- traumatismos abdominales,
- complicación de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE),
- malformaciones congénitas del páncreas,
- mutaciones hereditarias de los genes (*PRSS1*, *SPINK1* y *CFTR*) que favorecen la activación intracelular de las enzimas pancreáticas.

En un 10 % de los casos es imposible identificar la causa de la pancreatitis aguda: en estos casos se habla de **pancreatitis aguda idiopática**.

Hasta el momento, el mecanismo que explica el desarrollo de la pancreatitis aguda secundaria a los dos factores más frecuentes —coleditiasis y alcohol— no ha sido bien explorado.

¿Con qué frecuencia se presenta la pancreatitis aguda?

Es difícil recoger datos detallados y fiables sobre la prevalencia de la enfermedad. La pancreatitis aguda puede permanecer sin diagnosticar si el médico no realiza las exploraciones pertinentes.

La incidencia de pancreatitis aguda en distintas partes del mundo varía entre 10 y 44 casos por cada 100 000 habitantes al año.

En los últimos años se ha observado un aumento en la incidencia de pancreatitis aguda en todo el mundo, predominando la coleditiasis como causa principal de la misma. Se considera que la mayor incidencia se

debe a una mayor prevalencia de la coleditiasis como una de las consecuencias asociada a la epidemia de obesidad. Además, la mayor concienciación de los médicos, y la proliferación de las pruebas de laboratorio, hacen que en casos clínicamente inciertos se determinen más a menudo la actividad de las enzimas pancreáticas en sangre y en orina, lo que permite el diagnóstico de la pancreatitis aguda.

¿Cómo se manifiesta la pancreatitis aguda?

El síntoma principal de esta entidad es un **dolor intenso y persistente en el epigastrio** que se prolonga durante varias horas.

En la mayoría de los casos dura más de un día, aparece de forma súbita y aumenta de manera gradual. También se acompaña de náuseas y vómitos, y a menudo incluso de fiebre. En algunos casos la intensidad del dolor es mayor por el lado derecho o izquierdo del epigastrio, y en la mitad de los enfermos el dolor se irradia en cinturón o hacia la espalda.

Precisamente, este dolor persistente es la causa más frecuente de consultas médicas entre los enfermos con pancreatitis aguda. Los enfermos con forma leve de pancreatitis aguda que experimentan un dolor de baja intensidad pueden no acudir al médico o no recibir el diagnóstico correcto.

En algunos casos, la pancreatitis aguda puede tener un curso muy grave desde el principio, con manifestaciones del denominado "abdomen agudo" y/o *shock*.

¿Qué hacer ante la aparición de los síntomas?

En caso de aparición de los síntomas mencionados, los cuales a menudo vienen precedidos del denominado "error dietético" —p. ej. tras una comida abundante y grasosa acompañada de consumo de alcohol— **es necesario acudir urgentemente al médico.**

Importante

Hasta que se establezca la causa de las manifestaciones, el paciente debe abstenerse de comer. Está permitido tomar líquidos neutros en pequeñas cantidades.

¿Cómo se establece el diagnóstico?

El diagnóstico se establece sobre la base de la anamnesis (los síntomas anteriormente mencionados), de los resultados del examen físico y de las pruebas de laboratorio.

Los signos incluyen:

- fiebre (en un 70-80 % de los enfermos),
- frecuencia cardíaca acelerada hasta >100 latidos por minuto (taquicardia; en un 60-70 % de los enfermos),
- paredes abdominales tensas y dolorosas a la compresión,
- disminución de la intensidad o ausencia de los ruidos hidroaéreos

provocados por la motilidad gastrointestinal (que se asocia a una parálisis de la motilidad gastrointestinal).

En un 30 % de los enfermos aparece ictericia que es una consecuencia de la dificultad en la salida de la bilis (provocada bien por el edema de páncreas, el cual comprime las vías biliares, o bien por un cálculo biliar que las ocluye). A veces, la ictericia también se acompaña de colangitis. En un 10 % de los enfermos puede aparecer la sensación de disnea, provocada por la irritación del diafragma, o por complicaciones pulmonares que aparecen en forma de derrame pleural o de un síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA).

Entre las **pruebas de laboratorio**, la más importante es la evaluación de la actividad de la amilasa en suero (un aumento de por lo menos 3 veces) y en orina y de lipasa en suero. No obstante, hay que tener en cuenta que la magnitud (múltiplo del aumento) de estos parámetros no tiene que ver con la gravedad de la pancreatitis aguda.

Por ejemplo, en un episodio de pancreatitis aguda grave que dura varios días y cursa con un daño importante del parénquima pancreático, los niveles de amilasa en suero y en orina pueden ser bajos o incluso estar dentro de la normalidad. El aumento del nivel de bilirrubina y de la actividad de las enzimas asociadas a la función hepática (fosfatasa alcalina, aminotransferasas) pueden orientar hacia una colelitiasis como causa de la enfermedad.

Para evaluar las causas de un episodio de pancreatitis aguda también puede ser útil la valoración de la concentración de calcio y de lípidos en sangre. En todos los pacientes debe monitorizarse la concentración de electrolitos, urea, creatinina (indican la función renal) y de glucosa (aumenta de manera significativa cuando el proceso patológico daña el parénquima pancreático donde se produce la insulina). Un hematocrito >47 % en el momento del ingreso hospitalario indica una concentración significativamente elevada de la sangre, provocada por la exudación de componentes plasmáticos hacia las cavidades corporales. La leucocitosis es la consecuencia de un proceso inflamatorio activo o de una infección concomitante. Una concentración de la proteína C-reactiva >150 mg/dL en los primeros 1-3 días de la enfermedad indica una forma grave de pancreatitis aguda.

Entre las **pruebas de imagen** tienen mayor importancia práctica:

- imágenes radiográficas de tórax (para encontrar signos de complicaciones pulmonares) y de abdomen (pueden evidenciar signos de parálisis de la motilidad, de colelitiasis y de perforación),
- ecografía y tomografía computarizada (TC) de abdomen.

La ecografía es una prueba de imagen inicial, muy útil para evaluar la etiología de la pancreatitis aguda (método de elección para el diagnóstico de colelitiasis). No obstante, este examen no sirve para evaluar la gravedad de PA, y un examen detallado de los órganos abdominales mediante la ecografía puede verse dificultada por la presencia de gases intestinales acumulados.

No es necesario realizar la TC dinámica (con contraste) de abdomen en enfermos con pancreatitis aguda leve, a no ser que se sospeche la presencia de un tumor pancreático.

Se justifica realizar una CPRE con esfinterectomía del esfínter de la ampolla de Vater en casos de pancreatitis aguda grave de etiología biliar confirmada, con o sin colangitis concomitante.

El ultrasonido endoscópico (EUS) puede ser útil para identificar causas de PA, como: microlitiasis ("lodo biliar") y lesiones localizadas en el área de la ampolla mayor del duodeno (ampolla de Vater).

¿Cuáles son los métodos de tratamiento?

El tratamiento de la forma leve de pancreatitis aguda es relativamente fácil y consiste en un ayuno corto (3-4 días), acompañado de hidratación intravenosa del paciente y administración de analgésicos.

Se recomienda iniciar la nutrición oral tras la desaparición de las náuseas y del dolor abdominal. Si las pruebas de imagen indican la presencia de colelitiasis como causa de PA, durante la misma

hospitalización debe realizarse una colecistectomía (extirpación de la vesícula biliar) o esfinterotomía (intersección) endoscópica del esfínter de la ampolla de Vater.

Por su parte, el tratamiento de la forma grave de la pancreatitis aguda constituye un problema serio que requiere cuidados médicos intensivos. Hasta el momento, no se conoce un método terapéutico eficaz específico para la pancreatitis aguda. Durante las primeras horas, o en los primeros días de la enfermedad, pueden desarrollarse complicaciones peligrosas (→más arriba). El manejo terapéutico tiene como objetivo proporcionar un tratamiento coadyuvante intensivo, cuya finalidad es la de evitar la hemoconcentración, prevenir o tratar las infecciones, e identificar y tratar las complicaciones del *shock*, pulmonares y renales, entre otras. Para eso, en la fase temprana de la enfermedad, el paciente recibe una hidratación intravenosa intensa y se le administra un tratamiento analgésico eficaz.

Es necesaria una nutrición adecuada. En el curso de la forma grave de pancreatitis aguda es necesario indicar cuanto antes (en el 2.º-3.º día) una nutrición adecuada, preferiblemente enteral, y en caso de contraindicaciones o intolerancia, una combinación de nutrición enteral y parenteral. Si se detecta una infección, es necesario iniciar la antibioticoterapia.

En un enfermo con forma grave de pancreatitis aguda, además de la monitorización de los parámetros vitales básicos, durante todo el curso de la enfermedad (días, semanas, meses) la atención del médico debe enfocarse en la detección de tales complicaciones, como: infección, pseudoquistes, absceso, hemorragia intraabdominal, perforación del intestino grueso, formación de fístulas, falla multiorgánica. Para asegurar una óptima atención médica, en muchos casos es necesario que el gastroenterólogo coopere con un cirujano y anestesiista. El tratamiento de los enfermos con necrosis pancreática infectada sigue encontrándose bajo el dominio de la cirugía, aunque con mayor asiduidad se utilizan métodos poco invasivos o incluso conservadores. Es por ello, que cada vez es más frecuente en el tratamiento de la necrosis pancreática infectada recurrir a intervenciones endoscópicas.

Se siguen investigando fármacos que permitan modular con eficacia el desarrollo de la respuesta inflamatoria y de inmunodeficiencias graves que se presentan en la forma grave de la PA. Es así, porque el SRIS y el fracaso multiorgánico son, además de las infecciones intraabdominales del tejido necrótico, las principales causas de muerte en la etapa temprana de esta enfermedad.

¿Es posible la curación completa?

La forma leve de pancreatitis aguda se resuelve en casi todos los enfermos sin dejar secuelas permanentes en los órganos abdominales. Esto ocurre cuando un episodio de pancreatitis aguda es aislado y no forma parte de una pancreatitis crónica y cuando se ha logrado eliminar su causa (p. ej. colelitiasis), lo que permite evitar la recurrencia de la enfermedad.

En la actualidad, la mortalidad asociada a la pancreatitis aguda grave llega a un 10 %. Gracias a una gran reserva funcional del tejido pancreático, en la mayoría de los enfermos que sobreviven a un episodio agudo de la enfermedad es posible la curación completa. Solo en una pequeña parte de los enfermos, tras el período de convalecencia, será necesaria una insulino terapia prolongada y el tratamiento de reemplazo de enzimas pancreáticas.

¿Qué se debe hacer después de finalizar el tratamiento?

Tras terminar el tratamiento hospitalario de la forma grave de PA, el enfermo debe evitar alimentos difíciles de digerir y alcohol (→Dieta en las enfermedades del páncreas). Se recomienda un tratamiento de reemplazo de enzimas pancreáticas, habitualmente durante aprox. 1 año. Si la pancreatitis aguda grave fue provocada por colelitiasis, el

paciente debe someterse al tratamiento adecuado de la colelitiasis en el plazo de unos meses tras la resolución de la inflamación (p. ej. extirpación de la vesícula biliar: colecistectomía).

¿Qué hacer para evitar la enfermedad?

Si es posible determinar la causa de un episodio de pancreatitis aguda, la prevención consiste en evitar el agente que la provocó. En pacientes con colelitiasis, y en una gran mayoría de los enfermos con la denominada pancreatitis aguda idiopática, la colecistectomía previene

las recurrencias de PA. La obesidad aumenta el riesgo de colelitiasis, y en personas con un episodio de PA incrementa de manera significativa el riesgo de curso grave de la enfermedad. Asimismo, mantener el peso dentro del rango de normalidad, hasta un cierto punto, disminuye indirectamente el riesgo de un episodio de PA grave. En los enfermos que abusan de alcohol es necesario un tratamiento específico de deshabituación alcohólica.

autor:

prof. Andrzej Dąbrowski (MD, PhD)