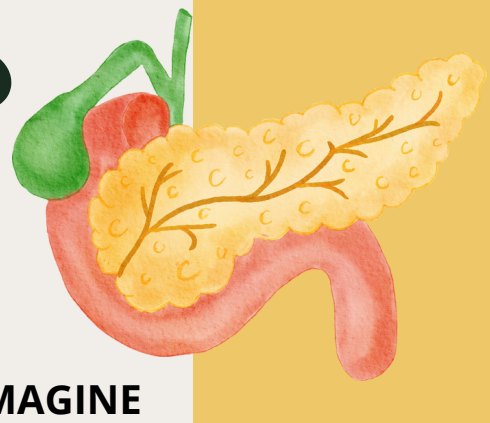
PANCREATITIS AGUDA



Afección inflamatoria del páncreas. Etiología: **TO IMAGINE**

- **T**óxicos/trauma: **alcohol 20-35%, hombres,** fármacos.
- **O**bstructivo: **litiasis 40-70%, mujeres**; tumores.
- **I**atrogenia: post-CPRE.
- **M**etabólica: hipertrigliceridemia >1000 mg/dl, 1-4%.
- **A**utoinmune.
- **G**enética.
- **I**nfecciosa: CMV, Epstein-Barr.
- **N**adie lo sabe: idiopática.
- **E**ndocrina: hiperparatiroidismo.

DIAGNÓSTICO: CON 2 DE 3

- **Clínica: dolor abdominal** epigástrico o periumbilical, súbito, constante e intenso, irradiado a la espalda, acompañado de **nausea ó vómito.**
- **Bioquímico:** amilasa y ***lipasa***, elevadas 3 veces por encima del LSN.
- **Imagen:** hallazgos sugestivos de pancreatitis aguda por US, TC ó RMI

CUADRO CLÍNICO:

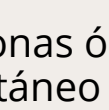
Depende de la severidad:

- **EF:** dolor abdominal, nausea ó vómito, distensión, ictericia, disminución peristalsis.
- **Hemorrágica:** signo de Cullen, signo de Grey-Turner, signo de Fox.
- **Grave:** disfunción orgánica múltiple.

TAC abdominal:

- ***Clínica atípica:*** se debe de realizar contrastada de manera inicial.
- **Mala evolución** *(dolor persistente, aumento de PCR, fiebre sostenida):* a partir del 3° día de ingreso para detectar complicaciones locales.

ESCALAS DE GRAVEDAD:



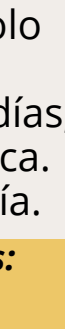
- **Atlanta:** grave si hay falla orgánica >48 hrs.
- Tomográfica Balthazar: >7, grave.

PREDICCIÓN DE GRAVEDAD:

- **BISAP:** >3, mortalidad elevada.
- APACHE II: >8, severa.

Criterios de fallo orgánico:
Cr≥1.9 mg/dl, PaO2/FiO2 <300, TAS <90 mmHg pese a fluidoterapia.

ESTUDIOS DE LABORATORIO:

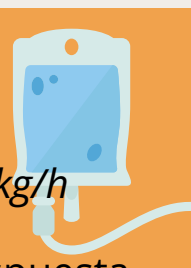


- BH, QS, PFH, tiempos de coagulación, gasometría arterial ó venosa, lipasa y amilasa, procalcitonina, PCR.
- Perfil de lípidos: sospeche de etiología la hipertrigliceridemia.
- Hipocalcemia: calcio y proteínas totales.

Marcadores pronósticos:

- ***Mortalidad:*** BUN >25 mg/dL
- ***Gravedad:*** PCR >150 mg/L, al 3° día.
- ***Infección:*** procalcitonina.

MANEJO: PILARES DEL TRATAMIENTO



- **Fluidoterapia:** de elección *Ringer lactato (soluciones balanceadas).*
  Se deberá de reanimar **según la volemia:** infusión contínua de *1.5 mg/kg/h* más aporte de potasio 40 meq/día si en está en ayuno.
  - Hipovolemia *(hipotensión, oliguria):* bolos 10 ml/kg en 30 min según respuesta.
- Sin embargo la **sobrecarga hídrica (reanimación agresiva) en pacientes que no lo necesitan confiere mayor riesgo de insuficiencia cardíaca**, por lo que la fluidoterapia debe ser **guiada en metas** de respuesta a volumen. **Metas:** PAM >65 mmHg, diuresis >0.5 ml/kg/h, llenado capilar <3 seg, BUN <25 mg/dL, Cr <1.9 mg/dL, Hto <44%.
- **Analgesia:** escalonada, opiáceos (tramadol, morfina), incluso analgesia epidural.
- **Nutrición:** vía oral siempre y cuando el paciente se sienta capaz. Considerar sonda naso-yeyunal ó naso-gástrica si no tolera vía oral al 4°-7° día. NPT sólo si no tolera oral ni enteral, aunque confiere mayor mortalidad.

MANEJO ESPECÍFICO:

Pancreatitis biliar:

- ***CPRE:*** temprana si hay colangitis aguda.
- ***Colecistectomía:*** para prevención de futuros cuadros, realizar previo al egreso.

Pancreatitis por hipertrigliceridemia:

- Insulina: 0.1 a 0.3 UI/kg/hra por BIC, vigilancia glucemia capilar.
- Heparinas.
- Fibratos: fenofibrato.

Alcohólica: no hay tx específico.

COMPLICACIONES:

- **Sistémicas:** sx compartimental abdominal, SDRA, lesión renal aguda, sepsis, hipotensión, disfunción pancreática endócrina y exócrina.
- **Locales:**
  - *Colección líquida:* acumulación de líquido adyacente al páncreas, sin datos de necrosis, se forma en las primeras 4 sem, sólo amerita vigilancia.
  - *Pseudoquiste pancreáctico:* colección de líquido rodeada de una cápsula fibrosa bien definida, se forma posterior a 4 sem, drenaje sólo si sintomático.
- *Necrosis estéril:* líquido y tejido necrótico intra y peripancreático, si es estéril solo amerita vigilancia.
- ***Necrosis infectada:*** Quinolonas ó carbapenémicos + metronidazol por 14-21 días, considerar 1°drenaje percutáneo ó endoscópico, 2° necrosectomía endoscópica.
- ***Hemorragia:*** por erosión de la A. esplénica o gastroduodenal, tx: embolectomía.

ELABORADO POR: KARLA MUÑIZ, RAÚL CONTRERAS, ENRIQUE DE-MADARIA, EDER ZAMARRÓN

Referencias: