



Clase magistral: Manejo inicial pancreatitis aguda

Autor: Cristina Saldaña

PRUEBAS DE IMAGEN

Las guías de manejo de la pancreatitis aguda (PA) recomiendan únicamente la realización de un TAC inicial cuando hay dudas diagnósticas, si no hay respuesta al tratamiento conservador o ante el deterioro clínico. El tiempo óptimo es a partir 72-96h del inicio de los síntomas. Como alternativa se puede realizar RM, con la ventaja de que identifica mejor las alteraciones vasculares y el conducto pancreático principal. TAC o RM de seguimiento si no hay mejoría clínica, deterioro o se valora manejo invasivo (guiar el intervencionismo).

La ecografía abdominal es necesaria en todos los pacientes con PA para establecer la presencia de colelitiasis en el paciente con el diagnóstico ya establecido de PA.

Respecto a las pruebas de imagen disponibles:

- La ecografía abdominal es la primera prueba de imagen a realizar para establecer el diagnóstico. Es accesible y segura pero con limitaciones como el peristaltismo, la presencia de íleo, la variabilidad interobservador y la dificultad para valorar el parénquima pancreático (más sensibilidad en el cuerpo>cabeza>cola). Permite valorar la etiología biliar (colelitiasis con S del 95%) y descartar otras causas (colecistitis) o posibles complicaciones (trombosis, dilatación de la vía biliar etc...).

- El TAC permite realizar un diagnóstico diferencial (colecistitis, isquemia...) descartar complicaciones (perforación...) y valoración ante el deterioro clínico del paciente.

Permite la valoración glandular así como la presencia de colecciones líquidas y necrosis. Si se realiza precozmente (<72h del inicio de los síntomas) puede que la necrosis no sea visible y hay un riesgo de falsos positivos debido a la presencia de edema intersticial y la vasoconstricción de las arcadas vasculares que puede delimitar una captación heterogénea del parénquima.



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO
GASTROENTEROLOGÍA
Y HEPATOLOGÍA

Existe el “CT severity Index (CTSI)” que valora diferentes cambios morfológicos y la extensión de la necrosis así como su utilidad como predictor de morbilidad y mortalidad (se usa sobretodo en estudios).

- La RM es una alternativa al TAC cuando este no se puede realizar y permite detectar disrupción del CPP, coledocolitiasis asociadas o la diferenciación de pseudoquistes.

- La USE no se suele utilizar para establecer el diagnóstico pero puede ser de utilidad para confirmar/excluir la etiología biliar. Permite identificar litiasis de hasta 0,1mm frente a los 1,5mm de la CRM (S del 89-94% para detección de coledocolitiasis y una especificidad del 94%).

De manera general podríamos resumir en:

¿Cuándo hacer pruebas de imagen?

La ecografía abdominal para valorar la presencia de litiasis debe realizarse de manera precoz en pacientes que presente por primera vez una pancreatitis o en los que la causa no se conoce.

En la presentación aguda el TAC debe realizarse si hay dudas diagnósticas.

Debe realizarse en TAC cuando hay un deterioro clínico significativo del paciente incluyendo el descenso de la Hb o la taquicardia, hipotensión, cambio brusco de temperatura o leucocitosis.

TAC a partir de los 7-21 días del inicio de los síntomas para valorar la gravedad y guiar el manejo como por ejemplo drenajes.

¿Cuándo NO hacer pruebas de imagen?

En las primeras 48-72 horas el TAC abdominal no debe realizarse si hay una presentación clínica típica.

El TAC precoz (<72h) puede infraestimar la gravedad de la gravedad.



No debe realizarse para predecir la gravedad de una pancreatitis precoz en el curso de la enfermedad.

No debe realizarse TAC de manera rutinaria ya que la mayoría de complicaciones pueden ser valoradas inicialmente de manera clínica o bioquímica.

La CRM, USE o CPRE no se indican de manera generalizada en pancreatitis agudas biliares leves sin datos de obstrucción biliar que pueden ser manejadas con colecistectomía sin necesidad de colangiografía.

FLUIDOTERAPIA EN PANCREATITIS AGUDA

La fluidoterapia tiene como objetivos en la PA el mantener la presión intravascular y la perfusión de órganos, compensar la pérdida vascular por el aumento de la permeabilidad y compensar el aumento de la hiperviscosidad sanguínea por la hipercoagulabilidad y la hiperfibrinólisis.

Se recomienda iniciarla lo antes posible (entre las primeras 12-24h) mediante una fluidoterapia basada en objetivos entre los que se encuentran mantener Fc <120lpm, PAM 65-85mmHg, diuresis >0,5-1ml/kg/h, HTO <44% o PVC normal.

Una pauta agresiva en pacientes sin hipovolemia podría resultar en un aumento del volumen intravascular que tiene como consecuencia una sobrecarga de volumen, un aumento del riesgo de síndrome compartimental, riesgo de fallo cardiaco y peor pronóstico con más sepsis y muerte.

Diferentes estudios destacan que la fluidoterapia con ringer lactato se asocia con menor ingreso en UCI y estancia hospitalaria de manera significativa y con una tendencia a menor mortalidad y SIRS a las 24 horas.

El reciente EC de fluidoterapia "Waterfall" que compara la pauta guiada por objetivos frente a la agresiva en el primer análisis interno ha identificado que la pauta agresiva



se asocia a mayor frecuencia de sobrecarga de fluidos, mayor estancia hospitalaria y síntomas más intensos a las 12-48h por lo que no se debe recomendar.

ANTIBIOTICOS

No se recomienda la antibioterapia profiláctica ni antifúngica ni el uso de probióticos en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. En casos de infección se debe guiar por los aislamientos microbiológicos.

ANALGESIA EN LA PANCREATITIS AGUDA

No hay pautas claras que recomienden un analgésico sobre otro y se recomienda el uso de la escala de la OMS.

Los opiáceos son útiles y seguros en el tratamiento del dolor en la PA. En nuestro medio se suele utilizar el metamizol en perfusión continua. Las nuevas guías incluyen en uso de la analgesia controlada por el paciente a través de catéter epidural como una opción terapéutica en casos seleccionados. Posible papel de los coxibs aun no confirmados en los estudios.

Ante un cambio clínico como reaparición del dolor o reagudización hay que descartar complicaciones asociadas como por ejemplo trombosis o aumento de colecciones.

NUTRICION

Los pacientes con pancreatitis aguda presentan un estado proinflamatorio y catabólico por lo que el aporte nutricional es indispensable. Además el ayuno favorece la atrofia intestinal y el proceso inflamatorio aumenta la permeabilidad intestinal con el riesgo de sobrecrecimiento bacteriano que puede llevar a una traslocación y aumento de riesgo de la infección de la necrosis pancreática.

Se recomienda de elección la nutrición enteral frente a la parenteral.



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO
**GASTROENTEROLOGÍA
Y HEPATOLOGÍA**

Se sabe que la NPT puede asociar complicaciones como las debidas a la infección del catéter, costes del tratamiento, desequilibrio hidroelectrolítico, atrofia y alteración de la barrera intestinal, sepsis y fallo orgánico.

Se debe iniciar la nutrición lo antes posible (cuando el dolor haya disminuido y no haya náuseas o vómitos) pudiendo comenzar en los casos leves con una dieta sólida normocalórica.

En los casos de PA grave se recomienda la nutrición enteral precoz con preferencia de la SNG sobre la SNG reservando la nutrición parenteral cuando no se tolera o de manera complementaria para conseguir unos adecuados aportes calóricos.

Otras opciones en casos de precisar requerimientos a largo plazo o cuando la SNG/SNG no sea posible es la colocación de una PEG o una yeyunostomía.

Disponemos de una alternativa endoscópica como la gastroyeyunostomía endoscópica con buenos resultados pero solamente disponemos de series de casos.

CPRE

Se recomienda CPRE urgente en las primeras 24h con drenaje biliar, en pacientes con pancreatitis aguda de etiología biliar y que además tienen colangitis.

La CPRE precoz no es necesaria en la mayoría de los pacientes con PA biliar sin evidencia clínica ni analítica de obstrucción de la vía biliar. Cuando no hay datos de colangitis y presentan alteración del perfil biliar se recomienda valorar la evolución (clínica y analítica) en 24-48horas. En casos de obstrucción biliar progresiva se plantea CPRE preferente (en los primeros 3 días). No olvidar la posibilidad de realizar pruebas intermedias como la colangio-resonancia magnética o la ecoendoscopia en casos de dudas.