

# Protocolo de PANCREATITIS AGUDA

(Dr. Marquina)

Última actualización:

## INTRODUCCIÓN

### DEFINICIÓN

Enfermedad del páncreas que compromete diversos grados de inflamación aguda hasta la necrosis glandular y periglandular de magnitud variable, que se asocia a diferentes etiologías. Su curso clínico comprende cuadros de evolución benigna de tratamiento esencialmente médico, hasta enfermedades muy graves con complicaciones importantes, algunas de las cuales son de manejo quirúrgico

### CLASIFICACIÓN

- **Pancreatitis aguda leve:** Mínima disfunción orgánica y recuperación sin incidencias, estando ausentes las complicaciones de la pancreatitis grave
- **Pancreatitis aguda grave:** Se asocia con fallo orgánico y/o complicaciones locales como necrosis, absceso o pseudoquiste

### INCIDENCIA Y MORTALIDAD

- Aproximadamente 15.000 casos anuales en España
- En Pancreatitis agudas graves la mortalidad puede ser de hasta un 50%

## ETIOLOGÍA

- **Litiasis Biliar:** representa el 30 al 75% de las causas de PA, debido al paso de los cálculos vesiculares al colédoco
- **Alcoholismo:** el consumo excesivo de alcohol es el segundo factor más frecuente.
- **Hiperlipemias:** entre los trastornos metabólicos en la etiología de la pancreatitis aguda se encuentran las hipertrigliceridemias
- Traumatismos Abdominales
- Postoperatorias
- Procedimientos endoscópicos
- Metabolopatías: además de las hiperlipidemias debe tenerse en cuenta hiperparatiroidismo
- Insuficiencia Renal: pueden desarrollar episodios de PA, generalmente leves.
- Trasplantes renales, cardíacos y hepáticos
- Infecciones
- Alteraciones estructurales del duodeno, vía biliar y páncreas
- Embarazo: se han descrito casos de PA fundamentalmente en el tercer trimestre y en el postparto,
- Fármacos
- Toxinas
- Colagenosis:
  - Lupus Eritematoso Sistémico
  - Púrpura Trombótica Trombocitopénica
- Porfiria aguda intermitente
- Pancreatitis hereditaria

- **Idiopáticas:** en un 15% al 20% de los casos no se encuentra una causa, pero en alrededor de un 50% de las pancreatitis consideradas idiopáticas se detectan microcálculos vesiculares mediante el examen microscópico de la bilis obtenida por sondaje duodenal.
- Hemocromatosis
- Mieloma múltiple
- Sarcoidosis

## HISTORIA CLÍNICA

### ANTECEDENTES PERSONALES

Ingesta reciente de alcohol o comidas copiosas y la administración de drogas. También es necesario recoger antecedentes sobre patologías familiares que predispongan a la PA (litiasis biliar, parasitosis, pancreatitis crónica hereditaria)

### ANAMNESIS

- **Dolor abdominal** (presente en más del 90% de los enfermos): Inicio rápido, intenso, constante, ubicado en el hemiabdomen superior, clásicamente irradiado "en cinturón" y con frecuencia se alivia cuando el paciente se sienta con el tronco flexionado y las rodillas recogidas
- **Vómito** y estado nauseoso (presente en el 54%-92% de los pacientes) rara vez pueden ser hemáticos en cuyo caso debe considerarse siempre como un signo de gravedad y mal pronóstico.
- **Anorexia** (83%)
- **Fiebre** (12%-30%)

### EXPLORACIÓN FÍSICA

- **Angustia** y ansiedad.
- **Febrícula**, taquicardia y taquipnea.
- **Ictericia** (edema de cabeza de páncreas)
- **Hipoventilación** en bases pulmonares (frecuente el derrame pulmonar izquierdo)
- Distensión y **dolor abdominal** con sensación de "masa" epigástrica y generalmente sin signos de irritación peritoneal
- Disminución de ruidos peristálticos en pacientes con íleo paralítico secundario
- **Signos clásicos:**
  - **Signo de Grey-Turner:** Manchas cutáneas violáceas o hematomas en flancos secundaria a necrosis pancreática
  - **Signo de Cullen:** Manchas violáceas periumbilicales
  - **Signo de Mayo-Robson:** Dolor a la palpación de ángulo costo lumbar izquierdo

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

### HEMOGRAMA Y BIOQUÍMICA

- Los valores que **triplican las cifras normales** de amilasa sérica prácticamente aseguran el diagnóstico.
- La amilasa sérica total es muy **inespecífica**, ya que en ausencia de pancreatitis puede estar elevada **en otras afecciones abdominales** como colangitis aguda, coledocolitiasis con o sin colangitis aguda, obstrucción intestinal, infarto mesentérico, úlcera perforada, apendicitis aguda, embarazo ectópico, disección de aneurisma aórtico, trauma abdominal, insuficiencia hepática e insuficiencia renal y extraabdominales como parotiditis, trauma cerebral, quemaduras y shock.
- La principal utilidad de la **amilasa en orina** es la sospecha de pancreatitis aguda secundaria a hipertriglicidemia y no se debería pedir de forma rutinaria.

## CAUSAS DE HIPERAMILASEMIA EN AUSENCIA DE PANCREATITIS AGUDA

- Insuficiencia Renal
- Patología de las glándulas salivales
- Parotiditis epidémica
- Sialadenitis por irradiación
- Cirugía maxilofacial
- Macroamilasemia
- Enfermedades abdominales de origen no pancreático (ulcera péptica perforada, obstrucción intestinal, embarazo ectópico roto, salpingitis aguda, torsión ovárica, infarto intestinal, s. del asa aferente, disección o ruptura de un aneurisma aórtico, peritonitis, apendicitis aguda, colecistitis aguda, diverticulitis perforada)
- Traumatismo craneoencefálico
- Quemaduras y shock traumático
- Cetoacidosis diabética
- Trasplante renal
- Neumopatías
- Enfermedad prostática
- Embarazo

- La **lipasemia** tiene la ventaja de que no se eleva en algunas situaciones que son causa de falsos positivos de la amilasa, tales como parotiditis, cetoacidosis diabética y embarazo ectópico
- Leucocitosis
- Aumento del hematocrito > 50% debido a hemoconcentración
- Hiperglucemia
- Hipocalcemia
- Hiperbilirrubinemia y elevación de GOT secundarias a pancreatitis de causa litiásica

### GASES ARTERIALES

---

- Acidosis metabólica
- Alrededor del 25% de los enfermos presentan hipoxemia ( $PO_2 \leq 60$  mm Hg), que puede anunciar el inicio del síndrome de dificultad respiratoria del adulto

### RX TÓRAX Y ABDOMEN

---

- En rx de abdomen se puede observar asa "centinela" en el hipocondrio izquierdo y signos de íleo
- Descartar perforación gástrica o intestinal
- En rx de tórax el hallazgo más frecuente es la presencia de derrame pleural

### ECG

---

Ocasionalmente alteraciones del segmento ST y de la onda T semejantes a las de la isquemia miocárdica

### PRUEBAS DE IMAGEN

---

**Ecografía abdominal:** La visualización de la glándula pancreática no es fácil. En algunos casos puede ayudar a confirmar el diagnóstico. Con esta técnica se puede detectar edema de la glándula en casos de pancreatitis; pero hay que anotar que en casos de PA la glándula sólo puede verse adecuadamente en el 25 a 50% de ellos su utilidad radica en la evaluación y diagnóstico de la patología biliar asociada y en el seguimiento de algunas de sus complicaciones (pseudoquiste, colecciones, etc.). Un examen negativo no excluye el diagnóstico de PA

**Tomografía computarizada dinámica:** Es la técnica mas adecuada para evaluar la presencia y la severidad de las complicaciones locales. Aproximadamente el 90% de las PA, tienen alteraciones en la TC realizada en las primeras 72 horas. En las pancreatitis leves edematosas mas del 28% tienen imagen normal.

## GRADOS DE SEVERIDAD / GRAVEDAD DE LA PANCREATITIS AGUDA

Básicamente se utilizan **dos escalas** para la valoración de la gravedad de la pancreatitis aguda: el SOFA-SCORE y la escala APACHE II/O. Ambas pueden ser utilizadas al ingreso del paciente.

Se define como **pancreatitis aguda potencialmente grave:**

- Más de 10 criterios de APACHE-O al ingreso (o en cualquier momento de su evolución) y/o
- PCR > 15 mg/dl a las 48 horas del ingreso

**CRITERIOS DE ATLANTA:** Se define como **pancreatitis aguda grave** aquella que presenta:

- **Fallo Orgánico**
  - TAS < 90 tras rehidratación
  - pO<sub>2</sub> < 60 mmHg
  - Creatinina > 2 mg/dl tras rehidratación
  - Hemorragia digestiva > 500 ml/24 horas.
- y/o **Complicaciones Locales. Necrosis/Absceso o pseudoquistes**

Suelen también verse en la PA grave los siguientes datos:

- CID
- Calcemia < 7,5 mg/dL

## APACHE II

### PUNTUACIÓN A: VARIABLES FISIOLÓGICAS

X	+4	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	-4
T <sup>a</sup>	>40	39-40		38,5-38,9	<b>36-38,4</b>	34-35,9	32-33,9	30-31,9	<29,9
PAM*	>160	130-159	110-129		<b>70-109</b>		50-69		<49
FC	>180	140-179	110-139		<b>70-109</b>		55-69	40-54	<39
FR	>50	35-49		25-34	<b>12-24</b>	10-11	6-9		<5
O <sub>2</sub> FiO <sub>2</sub> >0,5	>500	350-499	200-349		<b>&lt;200</b>				
FiO <sub>2</sub> <0,5					<b>pO<sub>2</sub>&gt;70</b>	61-70		55-60	<55
pH art	>7,7	7,6-7,69		7,5-7,59	<b>7,33-7,49</b>		7,25-7,32	7,15-7,24	<7,15
Na (mMol/L)	>180	160-179	155-159	150-154	<b>130-149</b>		120-129	111-119	<110
K (mMol/L)	>7	6-6,69		5,5-5,9	<b>3,5-5,4</b>	3-3,4	2,5-2,9		<2,5

<b>Cr (mg/dL)**</b>	>3,5	2-3,4	1,5-1,9		<b>0,6-1,4</b>		<0,6		
<b>Hto (%)</b>	>60		50-59,9	46-49,9	<b>30-45,9</b>		20-29,9		<20
<b>Leuc (x1000)</b>	>40		20-39,9	15-19,9	<b>3-14,9</b>		1-2,9		<1
<b>PCG***</b>									

\* PAM (TA Media) = (2\*TAS + TAD) / 3 | \*\* Cr (Creatinina): Doble puntuación en IRnA | \*\*\* PCG (Esc. de Glasgow): Puntos = 15 - PCG

#### **PUNTUACIÓN B: EDAD**

<b>Años</b>	<b>Puntos</b>
<b>&lt;45</b>	0
<b>45-54</b>	2
<b>55-64</b>	3
<b>65-74</b>	5
<b>&gt;74</b>	6

#### **PUNTUACIÓN C: COMORBILIDAD**

Si un paciente tiene antecedentes de insuficiencia de algún órgano o está inmunodeprimido, la asignación de puntos es la siguiente:

- 5 puntos si no es funcional o después de una operación urgente
- 2 puntos después de una operación programada

**Definición de Comorbilidad:** La insuficiencia de algún órgano o el estado inmunodeprimido debe ser evidente antes del ingreso hospitalario y acorde con los criterios siguientes:

- **Hígado:** Biopsia que demuestre cirrosis, hipertensión portal documentada y episodios previos de insuficiencia hepática, encefalopatía o complicaciones de la hipertensión portal.
- **Cardiovascular:** Clase IV de la NYHA
- **Respiratorios:** Trastornos crónicos que causen restricción intensa de la actividad; o hipoxia crónica, hipercapnia, policitemia secundaria, hipertensión pulmonar grave (>40 mmHg) o dependencia respiratoria.
- **Inmunodepresión:** Quimioterapia, radioterapia, esteroides a dosis altas, leucemia, linfoma, SIDA.

#### **CÁLCULO DEL TOTAL**

Sumatorio de A + B + C

<b>Puntos APACHE</b>	<b>Mortalidad (%)</b>
----------------------	-----------------------

<b>0-9</b>	6-13
<b>10-19</b>	10-32
<b>20-24</b>	24-29
<b>25-30</b>	50-62
<b>&gt;30</b>	53-90

## TRATAMIENTO

En la mayoría de los pacientes (aproximadamente el 85 a 90%) con PA, la enfermedad cura espontáneamente, por lo general después de 3 a 7 días de iniciado el tratamiento.

El tratamiento de la PA es fundamentalmente médico y expectante en los pacientes con Pancreatitis aguda leve y que no presenten complicaciones graves. La cirugía se reserva para las complicaciones tardías. El objetivo del tratamiento médico es disminuir la secreción pancreática, o sea "dejar que el páncreas descanse" o "poner el páncreas en reposo".

- Control de Constantes
- **Dieta Absoluta**
- **Bránula heparinizada**
- **Fluidoterapia:** fundamental la hidratación del paciente, debido a las pérdidas de tercer espacio con suplementos de CIK
  - Fisiológico 1500 cc en 24 horas
  - Glucosado 10% 2000 cc en 24 horas.
- **ANALGESIA:**
  - Metamizol
  - AINES
  - Meperidina pautada o de rescate.
- Prevención y tratamiento de las **náuseas y vómitos**
- **Sonda Nasogástrica** sólo si vómitos muy intensos y a pesar del tratamiento antiemético
- En **Pancreatitis Grave** añadir:
  - IMIPENEM 500 mg/6horas iv o CIPROFLOXACINO + METRONIDAZOL
  - OMEPRAZOL 1 amp iv/24 horas
  - Heparina de Bajo peso molecular

## INGRESO

- Se ingresaran **en digestivo todos** los pacientes con pancreatitis aguda
- **Criterios de ingreso en UCI** en los pacientes que presenten:
  - Signos de disfunción de dos órganos (Score 1 o 2 del SOFA)
  - Signos de fallo de un órgano (Score 3 ó 4 del SOFA; se excluye la puntuación hepática)

## SOFA SCORE

SISTEMA ORGÁNICO	0	1	2	3	4
<b>Respiratorio (PaO2/FiO2)</b>	>400	≤400	≤300	≤200 con soporte	≤100 con soporte
<b>Coagulación:</b> Plaquetas (x10 <sup>3</sup> mm <sup>3</sup> )	>150	≤150	≤100	≤50	≤20
<b>Hígado:</b> Bilirrubina (mg/dL   mmol/L)	<1.2   <20	1.2-1.9   20-32	2.0-5.9   33-101	6.0-11.9   102-204	>11.9   >204
<b>Cardiovascular:</b> Hipotensión	No	MAP<70	Dopa≤5 o Dobutamina	Dopa>5; Epinefrina ≤0.1; Norepinefrina≤0.1	Dopa>15; Epinefrina>0.1; Norepinefrina>0.1
<b>SNC:</b> Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
<b>Renal:</b> Cr (mg/dL   mmol/L   Diuresis)	<1.2   <110	1.2   110-170	2.0-3.4   171-299	3.5-4.9   300-400   <0.5L/día	>5   >400   <0.7L/día