

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS CHIAPAS

MATERIA: CLÍNICA QUIRURGICA

**DOCENTE: DR MANUEL EDUARDO LÓPEZ
GÓMEZ**

ALUMNO: MARCOS GONZÁEZ MORENO

SEMESTRE Y GRUPO: 5°A

TEMA:

**“PRINCIPALES ENFERMEDADES
PANCREATICAS”**

INTRODUCCIÓN

En el siguiente escrito se describen los aspectos generales más comunes en las enfermedades pancreáticas, en los cuales la mayoría son característicos de un desorden inflamatorio del páncreas, en el cual la función pancreática normal debe ser restaurada una vez que la causa sea aguda.

Enfermedades del Páncreas

Es un desorden inflamatorio del páncreas, en el cual la función pancreática normal debe ser restaurada una vez que la causa primaria del evento agudo es superada.

Causas

Cálculos biliares y abuso de ingesta del alcohol son la causa de 60 al 80% de Pancreatitis Aguda.

Cálculos Biliares: Son grandes o pequeños, determinan obstrucción de la ampolla de Vater, la cual determina hiper-tensión ductal intrapancreática.

Los microcálculos pueden causar episodios recurrentes de pancreatitis aguda.

Pancreatitis Alcohólica: Muchos pacientes que presentan su primer episodio de pancreatitis alcohólica aguda ya tienen daño funcional permanente de páncreas, típicamente sus síntomas se desarrollan en una pancreatitis crónica.

Aproximadamente en un 30% de pacientes con pancreatitis aguda, la litiasis oculta puede ser la causa de pancreatitis en un 75% de estos pacientes. El diagnóstico se realiza con examen del drenaje duodenal o un ERCP.

Causas Raras: Sumándose a la Coledocolitiasis

Pancreatitis Iatrogénica

Al practicar el ERCP, el 1 al 2% de pacientes sometidos a este procedimiento hacen pancreatitis. Pacientes sometidos a examen manométrico del esfínter de Oddi están en riesgo de pancreatitis postoperatoria. Pancreatitis postoperatoria después de cirugía pancrea-tobiliar. Injuria causada por hiperfunción del páncreas por ser sometidos los pacientes a cirugía cardíaca.

Pancreatitis aguda se desarrolla en 1 al 7% de pacientes quienes son sometidos a transplante renal, cardíaco o cardíaco-pulmonar. Pancreatitis causada por vasculitis han sido reportadas en pacientes con Lupus Eritematoso, Poliarteritis nodosa y enfermedad de tejido conectivo. Muchos microorganismos virales y bacterianos son agentes causales de pancreatitis, como se ha descrito en pacientes con SIDA.

Parasitosis: Ascaris, por obstrucción de la ampolla de Vater (23% en área de endemia).

Patogenia

La autodigestión pancreática es un cuadro que favorece la explicación de la patogénesis de la pancreatitis.

Se supone que las enzimas proteolíticas que son normalmente secretadas como proenzimas inactivas por el páncreas, son prematuramente activadas en el páncreas antes de que lleguen el lumen intestinal.

PANCREATITIS AGUDA

Test de Laboratorio-Enzimas

Hiperamilasemia – en 32% la amilasa es normal. Tiempo de vida 10 horas

Hiperlipasemia: más específico menos sensible que la amilasa sérica

Otras enzimas: Tripsina-Elastasa, Fosfolipasa A2

Radiografía Abdominal

En una Rx de abdomen, existe lo que se ha denominado signo de Cutoff, el cual consiste en una abrupta terminación de gas por el colon transversal, cerca de la flexura esplénica; determinación por la dilatación del mesocolon transversal “atacada por la superficie anterior del páncreas inflamado”.

Además, hay el signo del “asa centinela”, determinado por un asa duodenal anormal dilatada. Puede haber un halo radioluciente de la margen del riñón izquierdo.

La Ultrasonografía. Determina:

1. Páncreas grande edematoso y revela un área sonoluciente relativa al lugar donde está el edema o pseudoquiste. Es más sensible que la TAC en identificar la enfermedad litiasica y es usada en la evaluación inicial de pacientes con pancreatitis aguda

Tomografía Axial Computarizada (TAC)

La TAC es el mejor test no invasivo que determina los cambios morfológicos en la pancreatitis aguda. Estos cambios incluyen ensanchamiento y una imagen no homogénea del páncreas. Cambios en la región peripancreática sugestiva de inflamación y acumulación de líquidos.

La inyección rápida de bolos de contraste durante la T.C. (llamada T.C. dinámica) puede establecer la integridad de la microcirculación en el páncreas.

CONCLUSIÓN

Para el diagnóstico diferencial, confirmar y descartar, un trastorno de páncreas u otro el endocrino puede solicitar análisis de sangre y orina (absorción de la D-xilosa-en orina y sangre-, amilasa –en orina y sangre-, glucagón en sangre, deshidrogenasa láctica en sangre, lipasa en sangre e isoenzimas de la LDH en sangre); de heces (elastasa fecal, tripsina, y quimo tripsina); estimulación de secretina: colangiografías trashepática percutánea o CTHP un examen de rayos X; colangiografía retrograda endoscópica para examinar los conductos biliares; punción abdominal; resonancia magnética y tomografía computarizada del abdomen.