



Nombre del alumno: Juan Caros Bravo Rojas

Nombre del tema: pancreatitis aguda y crónica

Parcial: 4to.

Nombre de la materia: Medicina interna.

Nombre del docente: Dr. Miguel Basilio Robledo.

Nombre de la licenciatura: Medicina humana.

Semestre: 5to.

Pancreatitis aguda

Definición

Proceso inflamatorio agudo del páncreas que frecuentemente involucra tejido peripancreático y puede involucrar órganos y sistemas distantes

Etiología

La pancreatitis aguda tiene múltiples causas

Anatomía patológica

La pancreatitis aguda conlleva un daño variable de la glándula pancreática y su infiltración por macrófagos y polimorfonucleares

Cuadro clínico

Epidemiología

La pancreatitis aguda es más frecuente entre los 40 y 50 años de edad, siendo más frecuente en mujeres que en hombres.

Clasificación:

Leve: Ausencia de fallo orgánico, ausencia de complicaciones locales o sistémicas.
Moderada: Fallo orgánico que se resuelve en 48 h (transitorio) y/o complicaciones locales y/o sistémicas
Grave: Fallo orgánico de duración > 48 h (persistente)

Causas comunes:

- Litiasis vesicular (incluyendo microlitiasis)
- Alcoholismo
- Idiopática
- Hiperlipidemia.
- Hipercalemia.
- Disfunción del esfínter de Oddi
- Post-Colangiografía retrógrada endoscópica.
- Traumática

Causas pocos comunes:

- Pancreas divisum
- Cáncer periampular
- Cáncer de páncreas.
- Divertículo periampular
- Vasculitis

Causas raras:

- Infecciones: Coxsackie, HIV, parasitarias: Ascaris
- Deficiencia de alfa-1 antitripsina.

Existen dos tipos de pancreatitis aguda

Pancreatitis edematosa:

Pancreatitis aguda intersticial o edematosa: consiste en un edema inflamatorio del páncreas, y su pronóstico es excelente

Pancreatitis necrosante:

Se asocia con gran frecuencia a manifestaciones sistémicas que pueden desembocar en fallo orgánico con mayor frecuencia que la intersticial, y a la posibilidad de infección de necrosis.

Diagnóstico

se considera que un paciente padece una pancreatitis aguda cuando cumple al menos dos de los siguientes criterios:

1. Elevación de la amilasa / la lipasa en la sangre mayor a 3 veces el límite superior de la normalidad.
2. Presencia de dolor abdominal típico.
3. Pruebas de imagen compatibles con pancreatitis aguda (USG, TC, RM con contraste).

Complicaciones locales:

- Colección aguda de fluido peripancreático.
- Seudoquistes.
- Colección necrótica aguda.
- Obstrucción a la salida gástrica.
- Trombosis de las venas peripancreáticas.

Fallo orgánico

- Respiratorio: PaO₂/FIO₂ < 500 mm Hg.
- Renal: Creatinina ≥ 1,9 mg/dL.
- Circulatorio Presión arterial sistólica < 90 mm Hg que no responde a la administración de fluidos intravenosos

Radiológicos (TC)
Sistema de Balthazar.
SI-score

Cinico-analíticos
BISAP.
APACHE II.
Criterios de SRIS.
Criterios de Ranson.

Sistema de predicción de gravedad

Diagnóstico diferencial

Colangitis aguda.
Colectitis aguda.
Perforación de visera hueca.
Isquemia mesentérica aguda.
Enfermedad aguda ginecológica.
Gastroenteritis aguda.
Enfermedad inflamatoria intestinal.
Cetoacidosis diabética.

Tratamiento

Leve

Criterios de Ranson < 3.
APACHE II < 8.
Índice de gravedad tomográfico < 7.

- Hidratación adecuada.
- Alivio del dolor.
- Soporte con nutrición enteral (posterior a control de dolor y estudios de laboratorio con normalidad).
- Considerar inhibidores de bomba de protones

Grave:

Criterios de Ranson > 3
APACHE > 8
Fallo orgánico y complicaciones locales
Índice de gravedad tomográfico > 7

Pancreatitis biliar:

- Valoración Cirugía General o Gastrocirugía.
- Investigar Obstrucción y colangitis.
- Realizar colangio pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) o esfinterotomía endoscópica urgente.
- Descompresión quirúrgica de la vía biliar con o sin colecistectomía.

- Ingresar a unidad de cuidados intensivos.
- Eliminar ingesta oral las primeras 48 horas.
- Hidratación eficiente y efectiva urgente.
- Soporte nutricional (idealmente enteral).
- Alivio del dolor.
- Identificar necrosis pancreática y considerar antibióticos profilácticos

Investigar complicaciones y conducta terapéutica

- Abscesos, pseudoquistes (drenaje percutáneo o manejo quirúrgico).
- Necrosis infectada (Necrosectomía).
- Sepsis, choque.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Falla orgánica múltiple.

Definición

La pancreatitis crónica es un proceso inflamatorio crónico benigno del páncreas que conduce al desarrollo de fibrosis y a la pérdida del parénquima exocrino y endocrino (atrofia).

Etiología

La pancreatitis crónica tiene múltiples causas

Pancreatitis autoinmune

Epidemiología

En México, la incidencia anual de pancreatitis crónica se estima en 4 casos por cada 100,000 personas

Causas comunes:

La enfermedad se produce por la acción de uno o más factores que actúan sobre individuos con una predisposición individual determinada. Entre estos factores destacan el consumo de **alcohol y tabaco**, **mutaciones genéticas** (particularmente de **CFTR** y **SPN1**), obstrucción, autoinmunidad y causas idiopáticas.

Consumo:

El tabaco y el alcohol son dos tóxicos de consumo frecuente en nuestro medio, a menudo combinados, pero solo un pequeño porcentaje de individuos desarrollan la enfermedad.

Genético:

Algunas mutaciones en el gen del tripsinógeno catiónico (PRSS1) confieren a la tripsina una ganancia de actividad y ocasionan la forma mejor caracterizada de pancreatitis crónica hereditaria, aunque de baja incidencia en nuestro medio.

PAI tipo I

Forma parte de la enfermedad relacionada con IgG4. Se caracteriza por infiltración de linfocitos y células plasmáticas IgG4-positivas en los tejidos afectados.

PAI tipo 2

No se asocia a IgG4 y se encuentra más relacionada con enfermedades inflamatorias intestinales como colitis ulcerativa.

El riesgo aumenta en relación con la cantidad consumida y el tiempo de exposición.

Un porcentaje elevado de pacientes con pancreatitis crónica idiopática, alcohólica o juvenil presentan mutaciones en el gen de la fibrosis quística (CFTR).

Cuadro clínico

- Suele presentar ictericia obstructiva (65-80% de los casos).
- Disfunción exocrina y endocrina (diabetes mellitus en 45-76%).
- Manifestaciones extrapancreáticas frecuentes (vías biliares, glándulas salivales, riñón, etc.).

Cuadro clínico.

- Predomina la afectación pancreática sin síntomas extrapancreáticos.
- Puede imitar a una pancreatitis aguda o crónica, con dolor abdominal y disfunción pancreática.

- Afecta a personas mayores (40-80 años).
- 60% de los casos muestran niveles elevados de IgG4 y otros autoanticuerpos (ANA, antianhidrasa carbónica II).

Ambos tipos requieren un abordaje diagnóstico cuidadoso debido a sus diferencias clínicas y pronósticas

- Afecta a pacientes más jóvenes (10-50 años).
- Responde bien a glucocorticoides o cirugía resectiva.
- Baja tendencia a recidivar.

Pancreatitis crónica

Cuadro clínico

- Dolor abdominal.
 - El típico dolor pancreático es intenso, se localiza en el epigástrico, irradia a ambos flancos y se agrava con la ingesta (veces se dirige hacia la espalda).
 - Insuficiencia pancreática exocrina.
 - Estreorrea (heces grasosas).
 - Pérdida de peso sin anorexia.
 - Pérdida de peso sin anorexia.
- Insuficiencia pancreática endocrina (diabetes pancreatopriva).
 - Diabetes como primera manifestación en algunos casos.
 - No asociada a obesidad ni dislipidemia.
- Vómitos persistentes pueden indicar un síndrome de obstrucción del vaciamiento gástrico (úlceras o estenosis duodenal).

Complicaciones locales:

- Colección aguda de fluido peripancreático.
- Pseudoquistes.
- Colección necrótica aguda.
- Obstrucción a la salida gástrica.
- Trombosis de las venas peripancreáticas.

Fallo orgánico

- Respiratorio: PaO₂/FIO₂ < 500 mm Hg.
- Renal: Creatinina ≥ 1,9 mg/dL.
- Circulatorio Presión arterial sistólica < 90 mm Hg que no responde a la administración de fluidos intravenosos

Alteraciones morfológicas en técnicas de imagen:

Los hallazgos más específicos son las calcificaciones parenquimatosas y ductales difusas, y la dilatación irregular del conducto principal y de las ramas secundarias.

La ecografía endoscópica suele identificar lesiones en fases más tempranas, pero suelen carecer de especificidad de forma aislada.

Alteraciones funcionales:

- Marcadores en sangre: Bajos niveles de amilasa, lipasa o tripsina (no son definitivos).
- La prueba más sensible y específica es la estimulación de secreción pancreática con secretina o CCK, aunque actualmente está en desuso.

Pruebas indirectas:

- Determinación de grasa fecal.
- Elastasa fecal.
- Prueba del aliento con triglicéridos mezclados.
- Estas pruebas tienen una sensibilidad y especificidad limitada.

Las pruebas son útiles en combinación con la clínica y las imágenes cuando estas últimas son poco concluyentes.

Diagnóstico

En pocas ocasiones se dispone del tejido pancreático para hacer un diagnóstico histológico. Por ello, el diagnóstico se basa en una clínica compatible y en unas alteraciones morfológicas o funcionales.

Las alteraciones morfológicas han de ser demostrables mediante técnicas de imagen (TC, RM, ecografía endoscópica).

Tratamiento

Tratamiento etiológico

Los pacientes que dejan de beber y de fumar tienen un mejor pronóstico.

La resolución de una obstrucción ductal también se acompaña de una mejor evolución.

- **Pancreatitis autoinmune:**
 - Se aconsejan 50-40 mg/día de prednisona durante 4-8 semanas para posteriormente disminuir la dosis a razón de 5 mg/día cada 1-2 semanas.
 - Los pacientes deben iniciar una mejoría objetiva en 2-4 semanas o el diagnóstico debe ser cuestionado.

Si se discontinúan los glucocorticoides, las recidivas son frecuentes en el tipo I. En estos casos se han evaluado tratamientos con azatioprina a largo plazo o con rituximab.

- **Tratamiento del dolor:**
 - Paracetamol 500-1.000 mg cada 4-6 h (< 4 g/día). Se ha de vigilar la aparición de toxicidad hepática, que es mayor en los pacientes alcohólicos.
 - Una alternativa es el metamizol (0,5-2 g/6-8 h, con un máximo diario de 8 g)

¿No se controla el dolor agudo?

- Morfina oral 10-40 mg/4 h, ajustando siempre la dosis a la intensidad del dolor.
- Oxycodona, 10-40 mg/12 h.
- Buprenorfina, 0,2-0,4 mg/6-8 h

Tratamiento quirúrgico:

Intervenciones de derivación: Requieren dilatación del conducto principal pancreático. Más efectivas que las prótesis endoscópicas, que se reservan para pacientes con alto riesgo quirúrgico

Intervenciones de resección (exeréticas): Ofrecen buenos resultados a largo plazo en el manejo del dolor y mejora de la calidad de vida.

Tratamiento de la insuficiencia exocrina:

- Se recomienda en casos de estreorrea sintomática (pérdida de peso, dolor abdominal).
- Usar ≥50,000 UI de lipasa por comida completa, complementar con suplementos vitamínicos y minerales según los déficits identificados.
- Monitorizar peso, parámetros nutricionales, niveles de vitaminas liposolubles y síntomas.



BIIBLIOGRAFÍA

- Rozman, C., & Cardellach, F. (Eds.). (2020). Farreras Rozman: Medicina interna (19.a ed., Vol. 1). Elsevier.
- Diagnóstico y Tratamiento de Pancreatitis Aguda_GPC.
- Lalastra, C. S., & Olcina, J. R. F. (2015). Pancreatitis autoinmune. Gastroenterología y Hepatología, 38(9), 549-555. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.01.006>
- López-Cossío, J. A., & Téllez-Ávila, F. I. (2023). Endoscopia en pancreatitis crónica. Endoscopia, 34(2). <https://doi.org/10.24875/end.m22000451>
-