



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).

### Sistema de predicción de gravedad

### Complicaciones locales:

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

### Fallo orgánico

- Respiratorio: PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> < 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.

## Diagnóstico diferencial

Colangitis aguda.  
Colectitis aguda.  
Perforación de viscera 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

## 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 recaer.

## Pancreatitis autoinmune

La pancreatitis autoinmune es una forma especial de pancreatitis crónica cuya incidencia en nuestro medio no se conoce con precisión. Se describen dos formas diferentes, tipo I y tipo II, que comparten algunas características histológicas y una buena respuesta al tratamiento con glucocorticoides.

## 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: PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> < 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 recaídas 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 (exéreticas): 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.

## Pancreatitis crónica



# 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>
-