

COMENTARIO EDITORIAL

La pancreatitis aguda se considera como un proceso inflamatorio reversible del páncreas. No obstante que el trastorno puede limitarse al tejido pancreático, también afecta al tejido adyacente y a órganos distantes. Este padecimiento puede ser un evento aislado o bien recurrente y tiene una variedad de causas y su intensidad oscila de un episodio leve a un evento grave y amenazante para la vida. Así tenemos que los pacientes pueden necesitar de una hospitalización breve, en tanto que otros pueden estar críticamente enfermos con disfunción de múltiples órganos y requerir cuidado y monitoreo crítico. Los casos leves se asocian a una muy baja mortalidad (menor al 1 por ciento);^{1,2} en cambio, en la pancreatitis aguda grave la mortalidad puede ser de un 10 a 30 por ciento, dependiendo de la presencia de necrosis estéril *versus* infectada.³ En los Estados Unidos se admiten hasta 210,000 pacientes por año por pancreatitis aguda.^{1,4}

En una perspectiva histórica acerca de su manejo, a comienzos del siglo XX Moinynham describió la pancreatitis como: "la más terrible de todas las calamidades intraabdominales"; él estableció la práctica de una intervención quirúrgica inmediata para remover los productos tóxicos que se acumulan en la cavidad peritoneal; esta modalidad terapéutica fue adoptada por la mayoría de los centros hospitalarios y así permaneció como el tratamiento estándar durante por lo menos 20 años. En 1940, la mortalidad de la pancreatitis aguda tratada quirúrgicamente era mucho mayor que la tratada de forma no quirúrgica. De esta manera se impuso una conducta de manejo más conservador basado en descompresión nasogástrica, líquidos intravenosos, analgésicos y empleo de atropina y se ha mantenido con pocas variaciones hasta nuestros días.

Ciertamente, la mortalidad ha disminuido en los últimos años dados los avances en el manejo del paciente crítico, pero aún carecemos de un tratamiento específico que permita curar esta enfermedad; aunque es indudable que se han producido avances en los últimos años, lo que nos permite presumir un futuro promisorio que se traduzca en una mejoría del pronóstico de la pancreatitis aguda. Diversas reuniones de carácter mundial se han celebrado para clasificar y definir los diferentes procesos que afectan a esta glándula. En la de Atlanta de 1992 se convino que la pancreatitis aguda se caracteriza por la existencia de dolor abdominal y la presencia de una elevación de las enzimas en sangre y orina. Se reconoció que puede haber una respuesta sistémica de diferente intensidad y que los ataques pueden tener un carácter recurrente.

Dada la elevada frecuencia con la que se observa este padecimiento en la práctica clínica de un Gastroenterólogo y de la naturaleza cambiante de los criterios de manejo tanto diagnósticos como terapéuticos, toda vez que ha aparecido a nivel mundial y en nuestro país nueva evidencia al respecto, fue la razón primordial que motivó a la Asociación Mexicana de Gastroenterología a convocar en la Reunión Regional del Sur celebrada en la ciudad de Villahermosa, Tabasco, el pasado mes de septiembre a un grupo de colegas mexicanos, con experiencia en el tema, tanto desde el punto de vista médico, como de endoscopistas y cirujanos, para definir en forma consensuada las guías de manejo práctico actual de esta entidad.

De manera análoga y trabajando durante tres días, otro grupo desarrolló de manera entusiasta las guías de manejo de hemorragia digestiva de origen no variceal, otra entidad altamente prevalente y en la que han surgido conceptos importantes acerca de la importancia causal del *Helicobacter pylori*, otrora considerado muy trascendente, pero que al parecer ha disminuido su frecuencia y de manera simultánea se observa un incremento en el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, en una población adulta de la tercera edad, quienes los usan frecuentemente de manera no prescrita, en ocasiones concurrentemente con otros medicamentos, ambos hechos han cambiado el perfil epidemiológico de este padecimiento y, por tanto, las conductas de manejo y prevención secundaria.

Ambas guías aparecen en este último número del 2007, esperando que los datos generados ayuden a la comunidad médica tanto de profesionales de primer contacto como especialistas Gastroenterólogos y de áreas afines y que redunde en un manejo más eficiente de estos padecimientos en beneficio de nuestros pacientes.

REFERENCIAS

1. Russo MW, Wei JT, Thiny MT, Gangarosa LM, Brown A, Ringel Y, et al. Digestive and liver diseases statistics, 2004. *Gastroenterology* 2004; 126: 1448-53.
2. Triester SL, Kowdley KV. Prognostic factors in acute pancreatitis. *J Clin Gastroenterol* 2002; 34: 167-76.
3. Dervenis C, Johnson CD, Bassi C, Bradley E, Imrie CW, McMahon MJ, et al. Diagnosis, objective assessment of severity, and management of acute pancreatitis. Santorini consensus conference. *Int J Pancreatol* 1999; 25: 195-210.
4. Swaroop VS, Chari ST, Clain JE. Severe acute pancreatitis. *JAMA* 2004; 291: 2865-8.

Dr. Francisco Bosques-Padilla
Profesor Asociado C.
Facultad de Medicina, UANL
Monterrey, N.L., México