

DIRECTOR

- Dr. Esteban Sánchez Gaitán, Dirección de Red Integrada de Servicios de Salud Huetar Atlántica, Limón, Costa Rica.

CONSEJO EDITORIAL

- Dr. César Vallejos Pasache, Hospital III Iquitos, Loreto, Perú.
- Dra. Anais López, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Ingrid Ballesteros Ordoñez, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Dra. Mariela Burga, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Patricia Santos Carlin, Ministerio de Salud (MINSA), Lima, Perú.
- Dr. Raydel Pérez Castillo, Centro Provincial de Medicina Deportiva Las Tunas, Cuba.
- Dra. Margarita Karol Malpartida Ampudia, Investigadora independiente, Limón, Costa Rica.

COMITÉ CIENTÍFICO

- Dr. Zulema Berrios Fuentes, Ministerio de Salud (MINSA), Lima, Perú.
- Dr. Gerardo Francisco Javier Rivera Silva, Universidad de Monterrey, Nuevo León, México.
- Dr. Gilberto Malpartida Toribio, Hospital de la Solidaridad, Lima, Perú.
- Dra. Marcela Fernández Brenes, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica.
- Dr. Hans Reyes Garay, Eastern Maine Medical Center, Maine, United States.
- Dr. Steven Acevedo Naranjo, Saint- Luc Hospital, Quebec, Canadá.
- Dr. Luis Osvaldo Farington Reyes, Hospital regional universitario José María Cabral y Báez, República Dominicana.
- Dra. Caridad María Tamayo Reus, Hospital Pediátrico Sur Antonio María Béguez César de Santiago de Cuba, Cuba.
- Dr. Luis Malpartida Toribio, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú.
- Dra. Allison Viviana Segura Cotrino, Médico Jurídico en Prestadora de Salud, Colombia.
- Mg. Luis Eduardo Traviezo Valles, Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA), Barquisimeto, Venezuela.
- Dr. Pablo Paúl Ulloa Ochoa, Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo", Guayaquil, Ecuador.

EQUIPO TÉCNICO

- Msc. Meylin Yamile Fernández Reyes, Universidad de Valencia, España.
- Ing. Jorge Malpartida Toribio, Trabajador independiente, Virginia, Estados Unidos.
- Bach. Luis Fernando Montero Bonilla, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Srta. Maricielo Ampudia Gutiérrez, George Mason University, Virginia, Estados Unidos.

EDITORIAL MÉDICA ESCULAPIO



50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa Rica
Código postal 10108
Teléfono: 8668002
info@editorialmedicaesculapio.com

ENTIDAD EDITORA

SOMEA

SOCIEDAD DE MÉDICOS DE AMÉRICA

Frente de la parada de buses Guácimo, Limón.
Costa Rica - Código Postal: 70101

Teléfono: 8668002

sociedadmedicosdeamerica@hotmail.com

<https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html>



Generalidades de la pancreatitis aguda

Update on acute pancreatitis

Dra. Mariana Vargas Calvo

Investigadora independiente, San José, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0002-0723-9001>

Dra. Mónica Mesén Román

Investigadora independiente, San José, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0002-9927-1112>

Recibido
02/02/2022

Corregido
23/03/2022

Aceptado
06/05/2022

RESUMEN

La pancreatitis aguda es una de las enfermedades gastrointestinales más comunes, la cual se presenta entre 13 a 45 personas por 100.000 habitantes. Esta entidad se refiere a las inflamaciones del páncreas por diferentes razones, por ejemplo, una inflamación intersticial edematosa del órgano y tejido peripancreático sin tejido necrótico, como sucede en la mayoría de casos, de aproximadamente el 80%. El otro 20% corresponde a los casos severos, donde se encuentran complicaciones locales como tejido necrótico, abscesos e infecciones o donde culmina con una falla multiorgánica debido a un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS). Las dos causas principales de pancreatitis aguda son los cálculos biliares y el consumo de alcohol, sin embargo, existen otras causas menos comunes, como la hipertrigliceridemia, post CPRE, ciertos fármacos, y en algunas circunstancias idiopática. Para realizar el diagnóstico, se requieren dos de los siguientes tres criterios: dolor abdominal característico, niveles de amilasa o lipasa séricas con elevación mayor a tres veces los niveles normales y hallazgos típicos de pancreatitis aguda en las pruebas de imagen del abdomen. Para hacer su adecuada clasificación e identificar sus complicaciones, se han creado diferentes escalas de severidad, las cuales han mejorado con el transcurso de los años. El manejo médico de esta patología se basa en la adecuada reanimación con líquidos, tratamiento del dolor de preferencia con opiáceos y descanso pancreático, manteniendo inicialmente al paciente nada vía oral, mientras se busca la causa subyacente para su adecuado manejo.

PALABRAS CLAVE: pancreatitis, dolor abdominal, cálculos biliares hipertrigliceridemia, etanol.

ABSTRACT

Acute Pancreatitis is one of the most common gastrointestinal diseases, which occurs between 13 to 45 people per 100,000 inhabitants. This entity refers to inflammation of the pancreas for



different reasons, which can be an edematous interstitial inflammation of the peripancreatic organ and tissue without necrotic tissue, as happens in most cases of approximately 80%. The other 20% corresponds to severe cases where local complications such as necrotic tissue, abscesses and infections are found or where it culminates in multi-organ failure due to a Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS). The 2 main causes of Acute Pancreatitis are gallstones and alcohol consumption, however there are other less common causes such as hypertriglyceridemia, post ERCP, certain drugs and some circumstances idiopathic. To make the diagnosis, 2 of the following 3 criteria are required Characteristic abdominal pain, serum levels of amylase and/or lipase with an elevation greater than 3 times the normal levels, and typical findings of acute pancreatitis in abdominal imaging tests. In order to correctly classify it and identify its complications, different severity scales have been created, which have been improved over the years. The medical management of this pathology is based on adequate fluid resuscitation, pain treatment preferably with opiates and pancreatic rest, initially keeping the patient without anything by mouth, while searching for the underlying cause for its correct management.

KEY WORDS: pancreatitis, abdominal pain, gallstones, hypertriglyceridemia, ethanol.

¹Médica general, graduada de la Universidad de Iberoamérica (UNIBE). Cód. [MED16737](#). Correo: marivc0414@gmail.com

²Médica general, graduada de la Universidad de Hispanoamericana (UH). Cód. [MED15011](#). Correo: mesenmonica@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es una enfermedad muy común que sucede dentro de las células pancreáticas y sus conductos. Puede presentar diferentes etiologías, dentro de las cuales, la litiasis biliar y el consumo de alcohol son las dos causas principales a nivel mundial.

Dicha patología puede ser clasificada como leve o severa, dependiendo de la respuesta del paciente ante dicho suceso, lo que puede provocar problemas locales o sistémicos, y a su vez, conlleva a un importante riesgo de morbi-mortalidad con diferentes tipos de complicaciones (1,2,3).

Es sumamente importante que los médicos sepan reconocer los síntomas principales de la pancreatitis aguda y se apoyen con exámenes de sangre para realizar el adecuado diagnóstico lo más pronto posible, ya que, aunque es una enfermedad que generalmente tiene buen pronóstico, produce mucho malestar físico, debido a lo

cual se debe abordar correctamente, además de que el clínico debe estar al tanto de si evoluciona a una enfermedad severa. Este artículo tiene como objetivo principal brindar una visión general y breve de los aspectos más importantes de la pancreatitis aguda, con el fin de que todos los médicos, tanto de atención primaria como del servicio de emergencias, tomen en cuenta esta enfermedad como uno de los posibles diagnósticos diferenciales al momento de evaluar a los pacientes con dolor abdominal, debido a su gran frecuencia.

MÉTODO

Para la elaboración de este artículo, se consultaron diferentes bases de datos, como PubMed, Cochrane, Trip Medical Data Base y UpToDate. Se solicitaron igualmente recursos en línea proveídos por la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASS), y también se utilizaron libros de texto. Dentro de los criterios de inclusión y

exclusión que se emplearon para la búsqueda se consideraron: el idioma, ya que se utilizaron solamente artículos en inglés y español; otro criterio fue que todas las bibliografías tuvieran una fecha de publicación no mayor a cinco años de antigüedad. Se realizó la búsqueda utilizando las siguientes palabras clave: "Pancreatitis", "Dolor abdominal", "Cálculos biliares", "Hipertrigliceridemia" y "Alcohol". En total, para la realización del artículo se utilizaron 18 fuentes bibliográficas, las cuales pueden ser revisadas al final de la publicación.

EPIDEMIOLOGÍA

La pancreatitis aguda es una enfermedad común que sucede dentro de las células pancreáticas y sus conductos debido a diferentes etiologías. Dependiendo de su severidad y de la respuesta del huésped ante dicho suceso, puede provocar problemas locales o sistémicos, lo que a su vez conlleva un importante riesgo de mortalidad si se llega a presentar una falla orgánica como complicación (1-3).

Su incidencia anual, según Donaldo Bustamante Durón et al., en su publicación "Perfil epidemiológico, factores de riesgo y complicaciones de pancreatitis aguda" es de 13-45/100000 habitantes a nivel mundial (3,4).

Por otro lado, las muertes causadas por la pancreatitis aguda oscilan entre 3-6%, dependiendo de su severidad, lo cual aumenta a un 30% en los casos severos (3).

ETIOLOGÍA

Se va a lograr identificar la causa de la pancreatitis en un 75% a 85% de los casos (1):

- **Cálculos biliares:** son la principal causa. Representan un 38% a 40% de los casos. Cuando los cálculos migran de la vesícula biliar, pueden generar una obstrucción en el conducto biliar común, el conducto pancreático o de ambos. Es más frecuente en mujeres, y la movilización de estos cálculos es más frecuente cuando miden menos de 5 mm (1,5).
- **Consumo de alcohol:** es la segunda causa más frecuente. Representa de un 30% a 35% de los casos. Es más frecuente en hombres. De las personas que abusan del consumo de alcohol de forma crónica, un 10% presentará un episodio de pancreatitis aguda. Se puede hablar de consumo excesivo de alcohol cuando sobrepasa los 80 gramos por día. El riesgo de presentar pancreatitis aumenta con un consumo de más de 50 gramos por día por cinco años (1,5).
- **Hipertrigliceridemia:** es la tercera causa más común, la cual representa de un 5% a 10% de los casos, y en mujeres embarazadas, puede representar hasta un 56% de las causas. Se consideran niveles normales de triglicéridos por debajo de 150 mg/dl. La hipertrigliceridemia severa (niveles entre 1000 - 1999 mg/dl) y muy severa (≥ 2000 mg/dl) son las que se asocian más con la pancreatitis aguda (1).
- **Drogas:** la cuarta causa está asociada a fármacos. Los fármacos más comunes, según la literatura, son: zatioprina, didanosina, estrógenos, furosemida, pentamidina, sulfonamidas, tetraciclina, ácido valproico, 6-mercaptopurina, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y mesalamina (1,3).

- Post-colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE): la pancreatitis aguda es la complicación más frecuente de este procedimiento (9,7%). Los pacientes que tienen mayor riesgo de presentar esta complicación son los que presentan disfunción del esfínter de Oddi, el antecedente de pancreatitis aguda post CPRE, menores de 50 años, mujeres y antecedente de haber presentado más de dos episodios de pancreatitis (1,5).
- Idiopática: cuando no se logra identificar la causa (1).

FACTORES DE RIESGO

Uso de cannabis, obesidad, enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad renal crónica severa, el riesgo aumenta en los pacientes a los que se les realiza diálisis peritoneal en comparación con hemodiálisis. El tabaquismo es un factor independiente de riesgo, el uso de alcohol; el riesgo asociado a la litiasis biliar se ve influenciado por el tipo de dieta. El riesgo aumenta con la ingesta de grasas saturadas, colesterol, carnes rojas y huevo, en el sexo femenino y en adultos mayores (6,11,16).

CLÍNICA

La pancreatitis se presenta desde el inicio con dolor abdominal localizado en el cuadrante superior izquierdo, región periumbilical o epigastrio. Normalmente inicia de forma súbita, y puede irradiarse a tórax y espalda media. El dolor es súbito, constante e intenso, el cual empeora al caminar o acostarse en decúbito dorsal, y mejora con posición sedente y cuando el paciente se inclina hacia adelante. El dolor puede iniciar después de ingerir alcohol o comida grasosa (1,3).

Los otros síntomas asociados que se podrían encontrar en estos pacientes son: náuseas, vómitos, sensación de llenar, distensión abdominal, hipo, indigestión y oliguria (1,7).

Hallazgos físicos: fiebre, hipotensión, taquicardia, taquipnea, ictericia, diaforesis y alteración del estado de conciencia (7). Al examen físico se presenta con hipersensibilidad y resistencia abdominal, incluso puede presentar signos de irritación peritoneal (1,3).

Hay signos clínicos que se pueden presentar al examen físico: el signo de Cullen (equimosis y edema del tejido subcutáneo) y el signo de Grey Turner (equimosis en flanco). Si estos signos clínicos se presentan, se asocian a pancreatitis grave e indican mal pronóstico (1,3).

DIAGNÓSTICO

Para realizar el diagnóstico se requieren dos de los siguientes tres criterios (1,5,8):

- 1- Dolor abdominal característico
- 2- Niveles de amilasa o lipasa séricas con elevación mayor a tres veces los niveles normales.
- 3- Hallazgos típicos de pancreatitis aguda en las pruebas de imagen del abdomen.

Cualquier causa de abdomen agudo o dolor abdominal, forma parte de los diagnósticos diferenciales.

La principal causa es la colecistitis aguda, la cual es importante diferenciarla de una colangitis aguda, que se presenta con fiebre e ictericia. Para poder realizar el diagnóstico, se le debe realizar al paciente un ultrasonido de las vías biliares. La obstrucción intestinal puede también simular una pancreatitis, pero su dolor es crescendo-decrescendo, y

al examen físico presenta distensión a la palpación, timpanismo a la percusión, aumento o disminución de los movimientos intestinales a la auscultación. El diagnóstico diferencial se puede realizar con una tomografía computarizada (1).

La oclusión vascular mesentérica debe sospecharse en pacientes adultos mayores, con leucocitos documentada en el hemograma y diarrea sanguinolenta. El dolor abdominal que se presenta en estos casos es desproporcional al examen físico. Si se tiene un paciente ya conocido con diabetes mellitus, hay que descartar cetoacidosis diabética, ya que puede simular el dolor abdominal de la pancreatitis aguda, y eleva también los niveles serios de amilasa, pero no de lipasa (1).

Otros diagnósticos diferenciales son: neumonía basal, perforación intestinal, aneurisma aórtico desecante, cólico renal, enfermedades reumatológicas (1).

Estudios de laboratorio

Se deben enviar lipasa y amilasa, como pruebas iniciales si se tiene la sospecha de pancreatitis aguda. Sus niveles séricos aumentan en pocas horas desde que inicia el cuadro (1).

Los niveles séricos de la amilasa se incrementan en las primeras 6 a 24 horas, llegan a su pico a las 48 horas, y descienden a niveles normales a los tres a cinco días. Los niveles de lipasa se incrementan en las primeras 4 a 8 horas, con un pico a las 24 horas, y descienden a niveles normales en los próximos 8 a 14 días (1).

Una diferencia importante entre la amilasa y la lipasa es la reabsorción de la lipasa a nivel de los túbulos renales, y por este motivo es que permanece por mayor tiempo en la circulación sanguínea. Esto lo hace más útil

en los casos de una presentación tardía de pancreatitis (1). Las otras pruebas de laboratorio que se deben pedir son: hemograma, glucosa, pruebas de función renal, electrolitos, albúmina, pruebas de función hepática, fosfatasa alcalina y tiempos de coagulación (1).

Pruebas de imagen

El ultrasonido permite determinar etiología, pero no tiene utilidad diagnóstica en la pancreatitis. De forma tardía, permite identificar características morfológicas de colecciones o para intervenciones terapéuticas (1,9).

Los métodos de imagen más utilizados son la tomografía computarizada con medio de contraste, y la resonancia magnética. El TAC se considera el método estándar para determinar el grado de severidad e identificar complicaciones tanto pancreáticas como extrapancreáticas, colecciones, derrame pleural e infartos en distintos órganos (1,9).

CLASIFICACIÓN DE LA PANCREATITIS AGUDA

Según la reacción del organismo ante la causa de la pancreatitis aguda, se puede tener una respuesta local inflamatoria limitándose al propio órgano o, como lo describen Santhi Swaroop Vege, MD et al. (10), se cataloga como enfermedad leve, la cual corresponde a aproximadamente el 80% de todos los casos, los cuales usualmente son autolimitados con ayuda de tratamiento hospitalarios básico rutinario para esta enfermedad y dados de alta en alrededor de una semana (11).

En el otro 20% de los casos, los cuales son catalogados como enfermedad severa,

dicha respuesta se propaga por todo el organismo produciendo un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), la cual conlleva una mortalidad de entre el 10-20%. La pancreatitis aguda grave puede llevar a una falla orgánica múltiple (FOM), causante de la mitad de las muertes en las primeras dos semanas de la enfermedad, o si fuera el caso de sobrevivir más allá de estas dos semanas, la otra mitad de las muertes son a causa de necrosis pancreática e infección (11).

Desde hace varios años, existen diferentes escalas de clasificación y severidad creadas para identificar la pancreatitis aguda leve de la pancreatitis aguda severa, con el fin de brindar a tiempo el tratamiento más adecuado para cada una (11).

De las escalas antes mencionadas, las más conocidas incluyen: criterios de Ranson, clasificación de Atlanta, puntuaciones de la fisiología aguda y la evaluación de la salud crónica (APACHE) II, el índice de cabecera para la severidad en la pancreatitis aguda (BISAP) y el índice de gravedad según criterios de TC (CT Severity Index o CTSI) (12).

Cada una de las escalas de clasificación de severidad tiene sus limitantes, por ejemplo, la escala de Ranson, la cual había sido ampliamente utilizada anteriormente, es que solamente se puede utilizar al ingreso del paciente al servicio de emergencias y debe esperar hasta 48 horas después para volver a utilizarla. Por otro lado, con respecto a la escala APACHE II, tiene como ventaja, con respecto a la escala de Ranson, que esta sí puede ser utilizada constantemente para evaluar el estado del paciente, sin embargo, los múltiples criterios utilizados le dan una mayor complejidad para su uso (11).

La escala de clasificación de Atlanta se basa en la severidad de la pancreatitis aguda y así

determinar su consiguiente manejo. Como lo describe Montero Pérez, esta clasificación la divide en (12):

- Leve: sin falla orgánica ni complicaciones locales ni sistémicas.
- Moderadamente severa: fallo orgánico transitorio que resuelve antes de 48 horas o complicaciones sistémicas o locales sin falla orgánica persistente.
- Severo: fallo orgánico persistente durante más de 48 horas, o fallo orgánico simple o multiorgánico, o con exacerbación de una enfermedad crónica persistente.

La escala o índice de BISAP es actualmente uno de los más empleados, debido a la facilidad para utilizarla y que se puede realizar desde las primeras horas de la llegada del paciente, además de ser muy confiable al predecir la mortalidad (11,12).

Por último, otra escala muy conocida es el índice de gravedad según criterios de la tomografía axial computarizada (TAC); sin embargo, al ingreso no se recomienda realizar un TAC, ya que las complicaciones locales de la pancreatitis aguda no estarán presentes al inicio de la enfermedad, por lo que se recomienda realizarla en pacientes que no mejoran en el transcurso de 3 a 5 días (11,12). En el TAC, la pancreatitis aguda se subdivide en dos tipos:

- Edematosa intersticial: es la forma de presentación más frecuente. En las imágenes de TAC se observa un engrosamiento de la glándula que traduce el edema inflamatorio, el cual normalmente es difuso, pero también puede encontrarse localizado en una sola zona (8).

- Pancreatitis necrosante: se presenta en un 5% a un 10% de los casos. Se documenta necrosis pancreática y peripancreática (8).

MANEJO DE LA PANCREATITIS AGUDA

Manejo médico

En general, independientemente de si se trata de una pancreatitis aguda leve o una pancreatitis aguda severa, el manejo del dolor, los fluidos intravenosos y la ayuda nutricional son los primeros pasos a seguir para el manejo de estos pacientes; la diferencia radica en que, de tratarse de un caso severo, el tratamiento se debe intensificar para controlar el dolor y evitar deshidratación; incluso la adecuada reanimación de líquidos en las primeras horas se ha vinculado con una menor morbi-mortalidad (10,13,14).

Fluidoterapia

En la pancreatitis aguda se da una importante fuga capilar que va a llevar al paciente a una disminución del volumen circulante efectivo, shock y hemoconcentración, por lo que la fluidoterapia es un pilar fundamental en el manejo inicial (2).

Tanto las soluciones cristaloides como la isotónicas, como la solución salina 0,9% o el lactato de Ringer, son las elegidas para la resucitación con fluidos, las cuales pueden administrarse a una velocidad de 5 a 10ml/kg por hora en pancreatitis leve, mientras que en la pancreatitis severa se recomienda comenzar con un bolo de 20 ml/kg durante 30 minutos, seguido de 3ml/kg por hora durante las siguientes 12 horas, y ser

reevaluado cada 6 horas; sin embargo, es importante tener en cuenta reajustar estas cantidades de líquido, dependiendo de las comorbilidades del paciente, e individualizar la respuesta de cada paciente con base en la estabilidad de los signos vitales y la vigilancia del gasto urinario; sin embargo, es sumamente importante no olvidar que la fluidoterapia en exceso puede empeorar el resultado de la enfermedad (10,11).

Dentro de las complicaciones que se pueden presentar por una fluidoterapia excesiva está el edema peripancreático, el incremento de presión venosa central con edema renal, el aumento de presión venosa renal; asimismo, aumenta el riesgo de lesión renal aguda, edema intestinal, ascitis, hipertensión abdominal y síndrome compartimental abdominal (2,11).

Manejo del dolor

Según la literatura, existen diferentes formas para controlar el dolor de la pancreatitis aguda. Una de ellas, según se menciona en el libro *Sabiston Tratado de Cirugía* del 2018, si el paciente presenta dolor moderado o intenso que no respondió al tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINES), se debe incluir otros medicamentos de la familia de los opioides, como el Tramal; y en última instancia, de continuar con dolor, está indicado administrar opiáceos de larga duración (15). Sin embargo, la mayoría recomiendan comenzar con opioides como el fentanilo, meperidina o morfina desde el inicio del manejo de la pancreatitis aguda, considerando que el dolor de esta enfermedad es severo (10,11,12).

Otra estrategia que se puede utilizar cuando no hay mejoría con tratamiento farmacológico es el bloqueo epidural, con el

cual se ha observado una disminución de la mortalidad, menor extensión de la necrosis, control de acidosis, vasodilatación esplácnica y mejora de la microcirculación (2).

Nutrición

Debido a la inflamación pancreática que se da en ese momento, se recomienda que los pacientes permanezcan nada vía oral por las primeras 48 a 72 horas, y comenzar dieta a tolerancia si el dolor ha disminuido, la cual también se puede administrar con sonda nasogástrica o nasoyeyunal. Tomando en cuenta que no hay evidencia de que una sea superior a la otra (2 - pancreatitis aguda grave 2021), se ha comprobado que la dieta temprana puede disminuir las complicaciones, en caso de no tolerarla o de tratarse de pancreatitis aguda severa la cual usualmente no resolverá en una semana, se debe acompañar con soporte nutricional parenteral (10,12,13,14).

Antibióticos

No se recomienda el uso de antibióticos profilácticos, sin importar la gravedad de la pancreatitis (6,17,18).

El manejo médico inicial antes mencionado siempre debe ir acompañado del manejo de la causa subyacente y de las complicaciones locales, en caso de haberse desarrollado (5,11).

MANEJO DE LA PANCREATITIS AGUDA

Manejo médico

En general, independientemente de si se trata de una pancreatitis aguda leve o una

pancreatitis aguda severa, el manejo del dolor, los fluidos intravenosos y la ayuda nutricional son los primeros pasos a seguir para el manejo de estos pacientes; la diferencia radica en que, de tratarse de un caso severo, el tratamiento se debe intensificar para controlar el dolor y evitar deshidratación; incluso la adecuada reanimación de líquidos en las primeras horas se ha vinculado con una menor morbimortalidad (10,13,14).

Fluidoterapia

En la pancreatitis aguda se da una importante fuga capilar que va a llevar al paciente a una disminución del volumen circulante efectivo, shock y hemoconcentración, por lo que la fluidoterapia es un pilar fundamental en el manejo inicial (2).

Tanto las soluciones cristaloides como la isotónicas, como la solución salina 0,9% o el lactato de Ringer, son las elegidas para la resucitación con fluidos, las cuales pueden administrarse a una velocidad de 5 a 10ml/kg por hora en pancreatitis leve, mientras que en la pancreatitis severa se recomienda comenzar con un bolo de 20 ml/kg durante 30 minutos, seguido de 3ml/kg por hora durante las siguientes 12 horas, y ser reevaluado cada 6 horas; sin embargo, es importante tener en cuenta reajustar estas cantidades de líquido, dependiendo de las comorbilidades del paciente, e individualizar la respuesta de cada paciente con base en la estabilidad de los signos vitales y la vigilancia del gasto urinario; sin embargo, es sumamente importante no olvidar que la fluidoterapia en exceso puede empeorar el resultado de la enfermedad (10,11).

Dentro de las complicaciones que se pueden presentar por una fluidoterapia excesiva está

el edema peripancreático, el incremento de presión venosa central con edema renal, el aumento de presión venosa renal; asimismo, aumenta el riesgo de lesión renal aguda, edema intestinal, ascitis, hipertensión abdominal y síndrome compartimental abdominal (2,11).

Manejo del dolor

Según la literatura, existen diferentes formas para controlar el dolor de la pancreatitis aguda. Una de ellas, según se menciona en el libro *Sabiston Tratado de Cirugía* del 2018, si el paciente presenta dolor moderado o intenso que no respondió al tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINES), se debe incluir otros medicamentos de la familia de los opioides, como el Tramal; y en última instancia, de continuar con dolor, está indicado administrar opiáceos de larga duración (15). Sin embargo, la mayoría recomiendan comenzar con opioides como el fentanilo, meperidina o morfina desde el inicio del manejo de la pancreatitis aguda, considerando que el dolor de esta enfermedad es severo (10,11,12).

Otra estrategia que se puede utilizar cuando no hay mejoría con tratamiento farmacológico es el bloqueo epidural, con el cual se ha observado una disminución de la mortalidad, menor extensión de la necrosis, control de acidosis, vasodilatación esplácnica y mejora de la microcirculación (2).

Nutrición

Debido a la inflamación pancreática que se da en ese momento, se recomienda que los pacientes permanezcan nada vía oral por las primeras 48 a 72 horas, y comenzar dieta a

tolerancia si el dolor ha disminuido, la cual también se puede administrar con sonda nasogástrica o nasoyeyunal. Tomando en cuenta que no hay evidencia de que una sea superior a la otra (2 - pancreatitis aguda grave 2021), se ha comprobado que la dieta temprana puede disminuir las complicaciones, en caso de no tolerarla o de tratarse de pancreatitis aguda severa la cual usualmente no resolverá en una semana, se debe acompañar con soporte nutricional parenteral (10,12,13,14).

Antibióticos

No se recomienda el uso de antibióticos profilácticos, sin importar la gravedad de la pancreatitis (6,17,18).

El manejo médico inicial antes mencionado siempre debe ir acompañado del manejo de la causa subyacente y de las complicaciones locales, en caso de haberse desarrollado (5,11).

CONCLUSIÓN

Como se mencionó en el artículo, la pancreatitis aguda, al ser una enfermedad tan prevalente, es importante reconocerla a tiempo, además de que un 20% de los casos van a tener una presentación severa, los cuales se pueden identificar con métodos de imagen.

Es vital, al ingreso del paciente, individualizar cada caso y realizar una historia clínica y un examen físico completos, ya que, como indica el artículo, el principal síntoma y que se presenta de primero desde etapas iniciales de la enfermedad es el dolor abdominal, que además puede ir acompañado de diferentes síntomas inespecíficos, por lo que es importante identificar la causa para así poder

corregirla y realizar exámenes de laboratorio, siendo la amilasa y la lipasa los principales para poder cumplir con los criterios diagnósticos, y con esto realizar el abordaje sintomático del paciente.

Es importante enfatizar que es necesario apoyarse en estudios de imagen cuando el paciente lo requiera, siendo la tomografía axial computarizada el *gold standard* en esta patología, con la que podemos realizar una adecuada clasificación de severidad de la enfermedad en conjunto con las diferentes escalas ya antes mencionadas. Dentro del manejo del paciente con pancreatitis aguda, es importante recalcar la mejor manera de tratar esta patología, exponiendo los tres pilares fundamentales, que son la fluidoterapia, el tratamiento analgésico y el ayuno por 48 a 72 horas. El manejo también va a ir guiado a la causa subyacente, pero si el médico se apega a estos tres pilares, va a lograr disminuir las probabilidades de las complicaciones

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez F, Arauz E. Pancreatitis Aguda: Artículo de Revisión. Revista Médico Científica. 18 de setiembre de 2020;33:67-88. <https://doi.org/10.37416/rmc.v33i1.570>
2. Álvarez-Aguilar Pablo Andrés, Dobles-Ramírez Carlos Tobías. Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. Acta méd. costarric [Internet]. 2019 Mar [cited 2022 Apr 28]; 61(1): 13-21. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0001-60022019000100013&lng=en.
3. Bustamante D, García A, Umazor W, Leiva L, Barrientos A, Diek L. Pancreatitis Aguda: Evidencia Actual. 12 de marzo de 2018;14:1-10. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6373539>
4. Tarira García P, Tumbaco García JE. Perfil epidemiológico, factores de riesgo y complicaciones de la Pancreatitis Aguda. 2018. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31179>
5. Boxhoorn L, Voermans R, Bouwense S, Bruno M, Verdonk R, Boermeester M, et al. Acute Pancreatitis. de setiembre de 2020;396:726-34. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2022RW6667
6. Mandalia A, Jan Wamsteker E, DiMagno M. Recent advances in understanding and managing acute pancreatitis. F1000 Faculty Rev. Jan 10 2019;959:1-12. <https://doi.org/10.12688/f1000research.14244.2>
7. Friedman L. Pancreatitis Aguda. 2021.
8. Zapata Colindres JC, Suazo Barahona J. Pancreatitis Aguda. Manual de enfermedades digestivas quirúrgicas; 2020. <https://www.medfinis.cl/img/manuales/pancreatitis.pdf>
9. Greenberg J, Hsu J, Marshall J, Friedrich J, Nathens A, Coburn N, et al. Clinical practice guideline:management of acute pancreatitis. 2016;128-40. <https://doi.org/10.1503/cjs.015015>
10. Swaroop S. Management of acute pancreatitis. 08 de noviembre de 2021;1-36.
11. Mulholland M, Lillemoe K, Doherty G, Upchurch G, Alam H, Pawlik T. Greenfield's Surgery Scientific Principles & Practice. 6.ª ed. Wolters Kluwer; 2017.
12. Montero Pérez J, Jiménez Murillo L. Medicina de Urgencias y Emergencias. 6.ª ed. 2018.
13. Hines J, Pandol S. Management of severe acute pancreatitis. BMJ. 02 de diciembre de 2019;1-12. <https://doi.org/10.1136/bmj.l6227>
14. James T, Crockett S. Management of acute pancreatitis in the first 72 hours. 2018;34(5):330-5. <https://doi.org/10.1097/MOG.0000000000000456>
15. Townsend C, Beauchamp D, Evers M, Mattox K. Sabiston Tratado de Cirugía. 20.ª ed. 2017.
16. Garro Urbina V, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de julio de 2020 [citado 28 de abril de 2022];5(7):e537. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/537>
17. Contreras Salazar A, Del Moral Bastida JA, Trujillo Condes VE. Pancreatitis Aguda Grave. UAEMex. diciembre de 2021;8(2):50-62. <https://rmi.diauaemex.com/index.php/numeros/an01-2021/277-pancreatitis-aguda-grave>
18. Rodríguez Revelo ME, Yáñez Piedra PA, Zapata Paredes PR, Novoa Obregon AE.



Recomendaciones en el manejo actual de la pancreatitis aguda. *Recimundo*. 20 de mayo de 2020;86-93.

[https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(2\).mayo.2020.86-93](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(2).mayo.2020.86-93)

