

# Pancreatitis aguda grave

Oscar M. Mazza

## INTRODUCCIÓN

Un paciente de 67 años de edad, de sexo masculino, sin antecedentes de comorbilidad, ingresó en nuestro hospital derivado de otra institución.

El cuadro había comenzado 21 días atrás con dolor abdominal agudo, localizado en epigastrio e irradiado en hemitórax. Se había presentado taquicárdico, subfebril y hemodinámicamente compensado, con un abdomen distendido, con poca defensa pero intensamente doloroso a la palpación superficial y profunda, con reacción peritoneal principalmente en hemiabdomen superior.

El diagnóstico de ingreso había sido pancreatitis aguda biliar, descartándose otras causas de pancreatitis aguda.

En el laboratorio inicial se había observado: leucocitosis (18.000 células/mm<sup>3</sup>); hematocrito, 42%; urea, 73 mg/dL; creatinina, 1,5 mg/dL; glucemia, 145 mg/dL; bilirrubina total, 1,9 mg/dL; bilirrubina directa, 1,2 mg/dL; transaminasas hepáticas normales y fosfatasa alcalina elevada. Había presentado además, amilasemia de 1120 UI/L (valor normal, menor a 100 UI/L).

Un examen ecográfico de urgencia había mostrado vesícula con litiasis múltiple, vía biliar no dilatada y páncreas no evaluable por interposición gaseosa. No se había observado líquido libre en cavidad.

Durante aquella internación, el paciente persistió hiperdinámico y subfebril las primeras 24 horas, realizándose una tomografía axial computada (TAC) abdominal sin contraste, que mostró colecciones líquidas peri-pancreáticas de escasa magnitud. Se decidió empezar tratamiento antibiótico, indicándose ceftriaxone 1 g intravenoso cada 24 horas. El paciente se mantuvo estable por los siguientes 15 días, iniciando ingesta oral, con tolerancia a dieta hipograsa en escasa cantidad.

El día 18vo. de internación presentó fiebre persistente, taquicardia y disminución del ritmo diurético. Se rotó el tratamiento antibiótico a cefoperazona ante el hallazgo de un bacilo negativo en el urocultivo.

Dada la persistencia del cuadro séptico, se decidió derivar al paciente a nuestro hospital para tratamiento quirúrgico

## EVOLUCIÓN POSTERIOR Y CONDUCTA DEFINITIVA

El paciente ingresó en el Hospital Italiano de Buenos Aires presentando una frecuencia cardíaca de 120 latidos/minuto, temperatura rectal de 39,5 °C y los siguientes da-

tos de laboratorio: glóbulos blancos, 19.500 células/mm<sup>3</sup>; proteínas totales 4,8 g/L y albúmina 2,3 g/L. La función renal se encontraba conservada.

Se realizó TAC con contraste intravenoso que mostró páncreas bien perfundido, con borramiento de los planos grasos peri-pancreáticos y abundantes colecciones líquidas en el espacio pararenal anterior izquierdo (Fig. 1).

Se decidió suspender los antibióticos y pancultivar al paciente. Se colocó sonda naso-enteral y se inició alimentación por esta vía, con buena tolerancia.

Ante la persistencia del cuadro febril se decidió la colocación de un drenaje percutáneo bajo control tomográfico en las colecciones peri-pancreáticas, obteniéndose aproximadamente 50 mL de un material predominantemente líquido, de aspecto turbio, que fue enviado a bacteriología. Se comenzó tratamiento empírico con imipenem, pero el paciente continuó febril.

Dado que el cultivo del líquido de punción desarrolló candida, además de un bacilo negativo sensible sólo a colistina, se rotó el esquema a colistina y fluconazol y se realizó nueva TAC, que sólo mostró colecciones líquidas residuales. Se realizó dilatación del trayecto percutáneo bajo neuroleptoanalgesia y se colocaron dos catéteres de mayor calibre para lavado continuo de la cavidad retroperitoneal.

El paciente evolucionó estable, afebril, con mejoría del proteinograma, continuando con alimentación enteral. Se realizó nueva TAC de control, que confirmó la resolución de las colecciones, retirándose entonces los catéteres percutáneos (Fig. 2).

Se programó colecistectomía laparoscópica electiva la cual se efectivizó antes del alta.

## DISCUSIÓN

La pancreatitis aguda grave se define en la actualidad por la presencia de complicaciones locales (necrosis infectada, pseudoquiste, absceso) o sistémicas (falla de uno o más parénquimas) que pongan potencialmente en riesgo la vida del paciente. Los sistemas de *score* predictores de gravedad (p. ej., Ranson, APACHE II y Glasgow Imrie) sólo tienen valor en la comparación de poblaciones tratadas. La morfología o clasificaciones anatómo-patológicas (edematosa, hemorrágica, necrohemorrágica) tampoco tienen valor en la actualidad para definir gravedad

del ataque. En pacientes con necrosis pancreática o peri-pancreática extensa, la infección de la misma aumenta la mortalidad del cuadro a cifras de entre el 14 y 58%, independientemente del tratamiento posterior. El paciente presentado aquí, por lo tanto, cursaba una pancreatitis aguda grave, por la presencia de necrosis retroperitoneal infectada.

Existe consenso en la actualidad de que en los casos en que se detecta necrosis pancreática o peri-pancreática en los estudios por imágenes, es aconsejable la iniciación de profilaxis antibiótica para evitar la sobreinfección de esa necrosis. Para iniciar la profilaxis existe una ventana terapéutica de hasta 14 días, luego de lo cual no es beneficioso. Sin embargo, los únicos esquemas aceptados como válidos son la utilización de imipenem como monodroga, o la asociación de quinolonas con metronidazol. Los demás antibióticos no han logrado concentraciones tisulares terapéuticas en la glándula pancreática, por lo que carecen de efectividad. Estos esquemas terapéuticos han logrado disminuir las cifras de sobreinfección y mortalidad en pancreatitis severas. En el caso presentado, se inicia tratamiento empírico con una droga que no alcanza concentraciones terapéuticas en los tejidos pancreáticos, con lo cual no es útil para la profilaxis de la infección y solamente condiciona una selección de flora resistente en caso de sobreinfección.

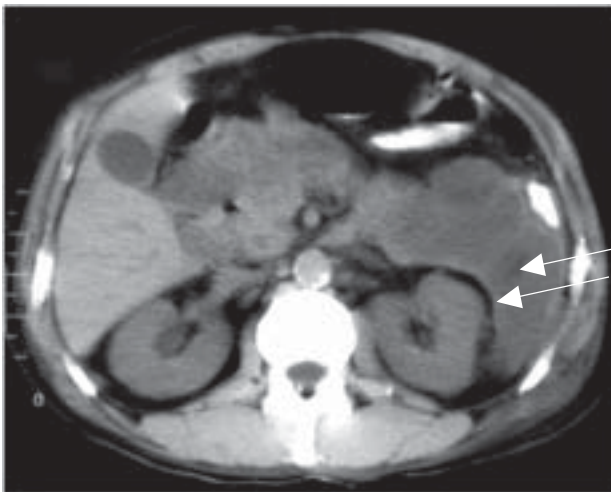
La alimentación oral no es aconsejable en forma precoz en pacientes con necrosis pancreática, ya que la ingesta oral puede hacer persistir la inflamación tisular por estimular la secreción pancreática. Estos pacientes deben te-

ner soporte nutricional desde el comienzo, una vez estabilizado el cuadro hemodinámico, y la vía enteral ha demostrado ser superior a la parenteral en caso de ser tolerada. El paciente presentado aquí estuvo subalimentado por casi tres semanas, hecho que se agrava al tratarse de un paciente cursando un estado hipercatabólico por la inflamación pancreática.

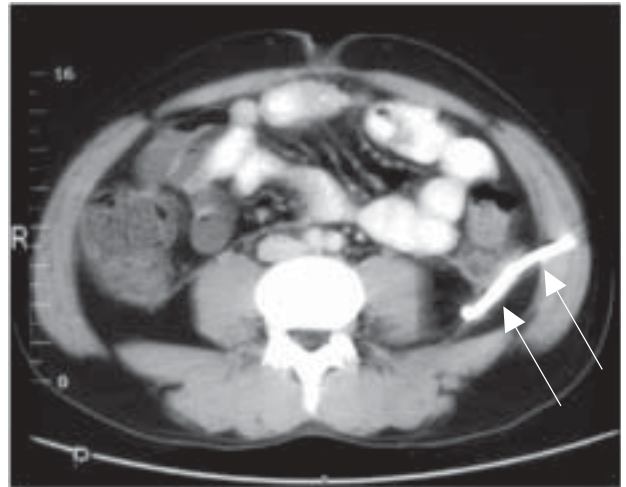
El tratamiento de las lesiones y complicaciones locales ha variado mucho en la última década. Existen en la actualidad diversas opciones mini invasivas para ello: endoscópicas, laparoscópicas y percutáneas, que han logrado resultados alentadores en pacientes seleccionados, evitando las laparotomías sucesivas con abdomen abierto y contenido tan frecuentes en décadas pasadas. El abordaje percutáneo es efectivo en colecciones predominantemente líquidas, con escaso contenido necrótico. Los recambios de catéteres son frecuentemente indicados para obtener un adecuado calibre para el drenaje. La cirugía de necrosectomía sin embargo, tiene su mayor utilidad en pacientes con necrosis extensas y bilaterales no plausibles de manejo percutáneo.

Por último, los pacientes con pancreatitis aguda de origen biliar deben ser colecistectomizados una vez estabilizados de la repercusión sistémica y logrado el control del daño local. Las probabilidades de una nueva pancreatitis, si no es resuelta la patología biliar, aumentan hasta en un 50%. Por eso es oportuno realizarlas rutinariamente (si el estado clínico del paciente lo permite) previo al alta hospitalaria.

**Figura 1.** Se observa el espacio pararenal anterior ocupado con una colección predominantemente líquida (flechas) sin mucho contenido necrótico (colección líquida aguda).



**Figura 2.** Se colocó un drenaje percutáneo bajo tomografía axial computada lográndose drenar satisfactoriamente toda la colección líquida.



**BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA**

- Al-Omran M, Groof A, Wilke D. Enteral versus parenteral nutrition for acute pancreatitis. [Systematic Review] Cochrane Upper Gastrointestinal and Pancreatic Diseases Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 3, 2005.

- D'Agostino H, Fotoohi M, Aspron M y col.

Percutaneous drainage of pancreatic fluid collections. *Seminars Interv Rad* 1996; 13:101-36.

- Kelly TR, Wagner DS. Gallstone pancreatitis: a prospective randomized trial of the timing of surgery. *Surgery* 1988; 104: 600-3.

- Villatoro E, Larvin M, Bassi C. Antibiotic therapy for prophylaxis against infection of pancreatic necrosis in acute pancreatitis. [Systematic Review] Cochrane Upper Gastrointestinal and Pancreatic Diseases Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 3, 2005.