

RESUMENES DE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA

**TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA\***

MARIA ELENA ANZURES †

Los factores capaces de desencadenar una pancreatitis aguda pueden ser ingestión de alcohol, colecistitis, traumatismos directos o indirectos sobre la glándula pancreática e infecciones.

Cualquiera de estos factores, al producir reflujo duodenal hacia el conducto de Wirsung, aumento de la secreción u obstrucción al libre flujo del jugo pancreático hacia el duodeno, ocasiona la activación de las proenzimas pancreáticas, y así, autodigestión del páncreas. Al parecer, primero se activa el tripsinógeno, que en presencia de enterocinasa se convierte en tripsina, que es la causante de la proteólisis, del edema, de la necrosis y de la hemorragia. Parecido proceso ocurre con el quimotripsinógeno, que en presencia de tripsina se transforma en quimotripsina, la que también ocasiona proteólisis, edema y hemorragia.

Por lo que toca a otras enzimas pancreáticas, de la proelastasa se sintetiza elastasa, que da lugar a elastólisis, daño vascular y hemorragia. El calicreínógeno, también en presencia de tripsina, se convierte en calicreína, que produce edema, alteraciones de la permeabilidad vascular y choque. Por su parte, de la fosfolipasa, con el concurso de tripsina y ácidos biliares, se

produce lisolecitina, la que al igual que la lipasa, ocasiona necrosis grasa y parenquimatosa.

Todos estos eventos se producen en forma de cascada, una vez que se desencadena la activación del tripsinógeno por la enterocinasa. Las proenzimas activadas producen lesión de los *acini* pancreáticos, con lo que se liberan más proenzimas, que a su vez se activan y producen en tal forma grados distintos de lesión pancreática.

Entendidos los mecanismos que originan las pancreatitis agudas, el tratamiento ha de dirigirse a:

1. Suprimir el dolor.
2. Reponer los líquidos, electrolitos y otros nutrientes.
3. Disminuir la secreción pancreática mediante reposo fisiológico del páncreas.
4. Combatir el choque si existe.
5. Combatir el íleo por inhibición.
6. Prevenir y combatir las complicaciones.
7. Evitar las recaídas.

*Supresión del dolor*

A. *Aplicación de analgésicos parenterales y relajadores del esfínter de Oddi.* Para ello se utilizan de preferencia los derivados de las pirazonas, siempre

\* Presentado en las XIX Jornadas Médicas Nacionales de la Academia Nacional de Medicina, celebradas en Morelia, del 18 al 21 de enero de 1978.

† Académica numeraria.

por vía parenteral, a razón de un gramo cada cuatro a seis horas.

Se agrega, como relajador del esfínter de Oddi, el clorhidrato de papaverina, a dosis de 100 mg. por la misma vía y con igual frecuencia.

Cuando estas medidas no son suficientes, puede requerirse:

B. *Bloqueo epidural*. Con este recurso es posible controlar aun los dolores más intensos producidos por la pancreatitis. El catéter se debe colocar a suficiente altura y las dosis de xilocaína se administran según las necesidades del enfermo.

C. *Medicamentos contraindicados*. En casos de pancreatitis aguda no deben emplearse ni meperidina ni morfina, porque pueden producir espasmo del esfínter de Oddi e impedir así el libre paso de la secreción pancreática al duodeno, lo que agrava la situación.

#### *Suministro de líquidos y electrolitos, alimentación parenteral*

A. Se deben reponer las pérdidas diarias normales con soluciones que contengan los electrolitos que se pierden, o sea, fundamentalmente, sodio, potasio, cloro y calcio. Este último se pierde en exceso al formarse jabones insolubles de calcio con las grasas neutras liberadas por la necrosis. Hay que reponer además los líquidos que se extraen por succión gástrica y los que se encuentran en el tercer espacio.

B. *Aminoácidos parenterales*, cuya adición a los electrolitos perdidos facilita al organismo la recuperación de la síntesis de proteínas. Se trata de enfermos que van a estar en ayuno durante varios días, con lo que la depleción de sus reservas de proteínas puede ser importante.

C. *Vitaminas parenterales*. El desarrollo de las técnicas de alimentación parenteral ha propiciado que en la actualidad se disponga de preparados vitamínicos adecuados para su empleo por vía endovenosa.

#### *Reducción de la secreción pancreática*

Es indispensable colocar al páncreas en reposo fisiológico para disminuir los estímulos hormonales y nerviosos de su secreción externa. El estímulo hormonal está dado por la activación de la colecistocinina-pancreozimina de la mucosa duodenal por el quimo ácido. Se logra abatir este estímulo mediante la succión gástrica continua, que evita el paso de jugo gástrico al duodeno. El estímulo nervioso es de orden parasimpático y para frenarlo se emplean anticolinérgicos parenterales como la propantelina, a dosis de 30 mg. intramusculares cada seis horas. Hay contraindicación

para los anticolinérgicos potentes en casos de glaucoma o de hipertrofia prostática.

#### *Manejo del choque*

El choque que se presenta en los casos graves de pancreatitis, cuando hay necrosis y digestión de la glándula, debe ser manejado con las medidas habituales de urgencia.

A. *Administración de líquidos*, a saber, soluciones de electrolitos, plasma o sangre total.

B. *Control de la presión venosa central*, mediante catéter, para poder valorar la velocidad y el volumen de los líquidos que se administren.

C. *Corticosteroides*, por vía endovenosa.

D. *Inactivadores de la calicreína*, cuya única acción en la pancreatitis aguda es en los casos en que hay choque. Deben usarse dosis elevadas, antes de que se desencadene la pancreatitis.

#### *Tratamiento del íleo por inhibición*

Puede ser segmentario: gástrico, duodenal, yeyunal, cólico o generalizado.

A. *Succión gástrica continua*, que evita la distensión abdominal. Basta que la sonda esté colocada en el estómago para que cumpla su objetivo, ya que 80 por ciento del gas que se acumula en el intestino proviene de aire deglutido.

B. La alimentación por vía bucal no se inicia sino hasta que se restablezca francamente el tránsito intestinal. Se usan líquidos fraccionados, de fácil digestión, no irritantes, y en poco volumen, según tolerancia del enfermo.

#### *Vigilancia para prevenir y combatir las complicaciones*

A. *Derrame pleural*. Es necesario explorar diariamente al paciente y recabar radiografías periódicas del tórax para diagnosticar oportunamente un derrame. Si es de poco volumen, se absorberá espontáneamente, pero si por su volumen compromete la ventilación pulmonar, se hace punción evacuadora cerrada, con las precauciones técnicas de rigor.

B. *Seudoquistes*. Una complicación que puede presentarse durante la evolución de la pancreatitis aguda o unos cuantos días después de su resolución, es el desarrollo de pseudoquistes, cuyo diagnóstico se hace por la clínica. Cuando hay crecimiento de una masa en el abdomen superior, se confirma el diagnóstico mediante ultrasonografía o radiografías. Cuando son pequeños pueden desaparecer espontáneamente; en caso contrario, su tratamiento es quirúrgico.

C. *Abscesos*. Las colecciones de secreciones pancreáticas pueden infectarse secundariamente y producir abscesos que ocupan los lugares declives: fosa iliaca derecha, flancos o la misma zona del páncreas; también pueden infectarse los pseudoquistes. El tratamiento preventivo puede ser el uso de antibióticos; sin embargo, en series de casos tratados con y sin antibióticos, el número de abscesos fue igual. Una vez establecidos, el único tratamiento es el quirúrgico con desbridación y canalización.

D. *Hiperglucemia o diabetes*. El edema o la destrucción del parénquima pancreático, cuando involucra también a los islotes de Langerhans, puede producir, bien hiperglucemias transitorias o verdadera diabetes mellitus. Su tratamiento requiere aplicación de insulina cristalina y posteriormente, en caso necesario, dieta y tabletas hipoglucemiantes.

#### *Evitar las recaídas*

Ello es indispensable para prevenir la pancreatitis crónica recidivante, cuyo pronóstico, por lo general, es malo.

A. *Evitar el alcohol*. Este es factor de la mayor importancia como desencadenante de la pancreatitis aguda. Cuando una persona ha sufrido ya una pancreatitis, es indispensable que se abstenga totalmente del alcohol, ya que el mismo es capaz de lesionar el parénquima pancreático y de desencadenar nuevas crisis, que deterioran progresivamente al páncreas, hasta producir una pancreatitis crónica grave.

B. *Evitar ingerir grandes cantidades de alimentos* o preparaciones irritantes o muy condimentadas.

C. *Tratar las colecistitis o coledocolitiasis*. Cuando coexista alguno de estos padecimientos, debe tratarse en etapa posterior a la fase aguda de la pancreatitis.

#### *Intervenciones quirúrgicas*

A. *Accidentes*, por diagnóstico equivocado de colecistitis o de apendicitis agudas, o bien, de úlcera péptica perforada. En estos casos lo mejor es cerrar el abdomen, una vez comprobado el diagnóstico, y si se encuentran colecciones, drenarlas. La evolución es semejante a los casos en que no se opera.

##### *B. Intencionada:*

1. Drenaje de abscesos.
2. Gastrostomía para evitar la sonda nasogástrica.
3. Colecistectomía y coledocostomía, para descomprimir el árbol biliar.
4. Yeyunostomía para alimentación precoz.

Está a discusión la utilidad de este tipo de cirugía; hay casos en que ha habido buena evolución con estas medidas.

C. *Tardía*, para las complicaciones, especialmente los pseudoquistes:

1. Cisto-yeyunoanastomosis.
2. Extracción de cálculos pancreáticos.
3. Reconstrucción del conducto de Wirsung.

También en los casos en que hay patología biliar:

1. Colescistectomía simple.
2. Coledocostomía.