

Pautas para la pancreatitis aguda

Autor José Adolfo Bohórquez Chacón

Afiliación Profesor del Postgrado de Gastroenterología. Decanato de Ciencias de la Salud. UCLA. Especialista en medicina interna y gastroenterología, Venezuela. Correo electrónico: adolfojbohorquez@yahoo.es

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2019; 73(3): 77-80.

© Sociedad Venezolana de Gastroenterología. Caracas, Venezuela- ISSN 2477-975X.

Fecha de recepción: 18/04/2019

Fecha de revisión: 13/05/2019

Fecha de Aprobación: 12/06/2019

Resumen

La Pancreatitis Aguda es una condición del Páncreas que puede causar daño local, Síndrome de Respuesta Inflamatoria y Falla Orgánica. Su etiología en un 80% es debida a enfermedad biliar o abuso crónico en la ingesta de alcohol. Los criterios diagnósticos y clasificación de Atlanta 2012 siguen vigentes. Este documento sobre las pautas en el manejo de Pancreatitis Aguda se elabora ante el incremento de la enfermedad reportado mundialmente y la continua asociación con significativa morbimortalidad a pesar de mejor acceso a fármacos, imágenes, intervención endoscópica y técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas. Se basa en diferentes guías presentadas sobre el diagnóstico, evaluación de severidad y pronóstico, fluido terapia, nutrición, antibióticos, tiempo de la colangiopancreatografía retrograda endoscópica en pancreatitis aguda biliar y manejo quirúrgico de las complicaciones y colecistectomía; según los niveles de evidencia y recomendaciones encontrados en las guías y consensos de la literatura actualizada.

Palabras clave: Pancreatitis, severidad, fluidoterapia, nutrición, antibióticos, Colangiopancreatografía retrograda endoscópica, cirugía, colecistectomía, recomendaciones.

GUIDELINES FOR ACUTE PANCREATITIS

Summary

Acute Pancreatitis is a condition of the pancreas that can cause local damage, inflammatory response syndrome and organic failure. Its etiology in 80% is due to biliary disease or chronic abuse in alcohol intake. The diagnostic criteria and classification of Atlanta 2012 are still valid. This document on the guidelines for the management of acute pancreatitis we was elaborated in view of the increase in the worldwide reported disease and the continuous association with significant morbidity and mortality despite better access to drugs, images, endoscopic intervention

and minimally invasive surgical techniques. We was based on different guidelines presented on the diagnosis, severity and prognosis evaluation, fluid therapy, nutrition, antibiotics, Timing of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in acute biliary pancreatitis and surgical management of complications and cholecystectomy; according to the levels of evidence and recommendations found in the guidelines and consensus of the updated literature.

Key words: Pancreatitis, severity, fluid therapy, nutrition, antibiotics, Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, surgery, cholecystectomy, recommendations.

Introducción

La Pancreatitis Aguda PA es una condición inflamatoria del páncreas que resulta de la activación prematura de las enzimas digestivas liberadas del páncreas exocrino principalmente tripsinogeno a tripsina que provoca autodigestión por activación de la cascada proinflamatoria¹, generalmente de etiología biliar o uso excesivo de alcohol². Se clasifica según consenso de Atlanta 2012 en Pancreatitis de tipo intersticial edematosa leve que ocurre entre el 80 y 90% de los casos y consiste en inflamación aguda del páncreas; y necrotizante con inflamación asociada a necrosis pancreática y/o peripancreática detectada por Tomografía Computarizada Contrastada, generalmente moderadamente grave y/o severa según la aparición de falla orgánica reversible o persistente y de complicaciones locales o sistémicas, con una morbimortalidad de entre 8 y hasta el 50% de los casos^{3,4}. En la revisión de la bibliografía actualizada existe alta controversia en aspectos fundamentales sobre sistema de puntuación de severidad, manejo de la reanimación con fluidos, el rol de la nutrición precoz, profilaxis antibióticos y/o sus indicaciones, tiempo de realizar la colangiopancreatografía retrograda endoscópica ERCP en PA de origen biliar y tratamiento quirúrgico de las complicaciones^{5,6} (necrosis pancreática aguda, pseudoquiste y

necrosis pancreática organizada) y colecistectomía; procurando aclarar mediante pautas que logren impactar positivamente en la reducción de la estadía hospitalaria y morbilidad.

Recomendaciones sobre pancreatitis aguda

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos del Consenso de Atlanta 2012 siguen vigentes, dos de tres criterios confirman el diagnóstico⁴. 1. Dolor abdominal intenso de aparición brusca en epigástrico irradiado en banda posterior a la ingesta copiosa de grasa o alcohol; 2. Niveles elevados de amilasas o lipasa superior a 3 veces el valor normal, esta última de mayor sensibilidad y especificidad; 3. Hallazgos positivos por métodos de imágenes, ultrasonido abdominal al ingreso por su mayor sensibilidad en el área biliar y su etiología más común con la limitación de ser operador dependiente y sin valor en la escala de pronóstico; Tomografía Computarizada Contrastada TCC preferiblemente a las 72 horas y la aplicación de la Escala de Balthazar, dejando la Resonancia Magnética para alérgicos al contraste, colecciones y/o colangiopancreatografía y la Endosonografía para descartar coledocolitiasis no detectada por ultrasonido abdominal o patología estructural del páncreas así como para manejo endoscópico de colecciones o patología biliar⁷⁻⁹.

Recomendamos:

1. Continuar los criterios diagnósticos del consenso de Atlanta 2012, el diagnóstico oportuno permite un tratamiento precoz.

Nivel de Evidencia (NE): alto. **Guía de Recomendación (GR):** fuerte.

Predicción de Severidad y Pronóstico

Identificar al ingreso la severidad de la enfermedad es trascendental para determinar si el paciente ingresa a cuidados intermedios o intensivo y decidir la terapia oportuna y efectiva para minimizar la morbilidad¹⁰. Existen innumerables escalas: Criterios de Ranson, APACHE II y APACHE 0, Criterios de Glasgow modificado (Imrie), BALI score, PANC 2 score, BISAP, HAPS, POP, Determinación basada en sistemas, Índice de Severidad por Tomografía Computarizada Contrastada TCC, Clasificación de Atlanta, EPIC¹¹⁻¹³.

Recomendamos:

2. Utilizar la escala APACHE II como la base para monitoreo constante clínico-laboratorial, tiene la ventaja de poder calcularse al ingreso y en cualquier momento según la evolución y condiciones del paciente, es de manejo rutinario en nuestros hospitales en las emergencias y unidades de cuidados intermedios e intensivos. **NE** moderado, **GR** débil.

3. Apoyarse en el Índice de Severidad de TCC por brindar un valor más exacto predictivo y detección de complicaciones.⁴ **NE** moderado, **GR** fuerte.

4. Pacientes con criterios de PA severa por APACHE II > 8 y FO persistente mayor a 48 horas con complicaciones locales o sistémicas deberán ser trasladados a Unidad de Cuidados Intensivos⁷. **NE** bajo, **GR** fuerte.

Manejo de Fluidos

La depleción de volumen y pérdidas hacia tercer espacio ocasionan hipovolemia, hipoperfusión esplácnica, azoemia y hemoconcentración predictores negativos por lo que la administración agresiva de fluidos se considera la piedra angular del tratamiento inicial de la PA en las primeras 24 horas para reducir la morbilidad.

Recomendamos:

5. Fluido terapia dirigida a objetivos definidos: Mantener gasto urinario de 0,5 ml/kg de peso hora y Presión Arterial Media PAM efectiva alrededor de 65mmHg¹⁴. **NE** bajo, **GR** fuerte.

6. Uso de solución salina 0,9% o Ringer Lactato¹⁵. **NE** moderado, **GR** fuerte.

Nutrición

El dogma sobre el ayuno y reposo intestinal en el intento de evitar estimulación del páncreas e inflamación fue derrumbado por suficientes evidencias que demuestran el enfoque opuesto, la alimentación precoz además estimula el trofismo del enterocito y evita la translocación bacteriana disminuyendo la sobre infección de colecciones, la morbilidad y estancia hospitalaria¹⁶.

Recomendamos:

7. En pacientes con PA leve sin FO iniciar la nutrición enteral por boca al ingreso, con dieta blanda o sólidos y baja en grasas¹⁷. **NE** alto, **GR** fuerte.

8. En pacientes con PA moderada o severa iniciar nutrición enteral en las siguientes 48 horas por sonda nasoyeyunal preferiblemente sin embargo no es menester dilatar la espera si solo dispone de sonda nasogástrica¹⁸, solo contraindicada en caso de íleo. **NE** alto, **GR** fuerte.

9. La nutrición parenteral por tener mayores complicaciones queda reservada solo en casos en que la nutrición enteral no sea tolerada o no permita suministrar el aporte calórico necesario para el paciente¹⁹. **NE** alto, **GR** fuerte

Antibioticoterapia

La PA es una inflamación estéril que en un tercio de los casos graves potencialmente puede sobre infectarse.

Recomendamos:

10. No usar antibioticoterapia profiláctica para prevención de infección en PA necrotizante y severa pues no reduce el riesgo de sobre infección y favorece la resistencia antibióticos^{9,20}. **NE** bajo, **GR** fuerte.

11. Reservar uso de antibióticos ante sospecha o confirmación de infecciones locales o extra pancreáticas (policultivo), como neumonías, infección del tracto urinario, colangitis, sepsis o flebitis en sitio de venopunción^{9,15}. **NE** bajo, **GR** moderada

12. En espera de cultivos deberá iniciar antibioticoterapia empírica de amplio espectro Imipenem o Ertapenem dirigido a los gérmenes más comunes²¹. **NE** bajo, **GR** débil.

Momento para realizar la Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica en Pancreatitis de origen biliar

El planteamiento de ERCP urgente de rutina en la PA biliar versus el manejo conservador no impacta sobre el pronóstico de la enfermedad^{9,20,22}.

Recomendamos:

13. Hay acuerdo universal en ofrecer ERCP urgente (en las primeras 24 horas) en PA biliar complicada con Colangitis^{4,20}. **NE** alto, **GR** fuerte.

14. Realizar ERCP urgente en las primeras 48 horas en caso de obstrucción biliar persistente en ausencia de Colangitis aún es controversial²³. **NE** moderado, **GR** moderado.

Manejo Quirúrgico de las Complicaciones

La iniciativa hacia tratamiento mínimamente invasivo de las complicaciones: drenaje percutáneo Vs. endoscópica o por laparoscopia y el retraso posible cuando la necrosis esta encapsulada, usualmente 4 semanas después del inicio de la enfermedad, mejoran la morbimortalidad⁴.

Recomendamos:

15. La mayoría de las PA necrotizantes estériles deben ser manejados sin intervención²⁴. **NE** bajo, **GR** débil.

16. Ante alta sospecha de PA necrotizante infectada y deterioro clínico el drenaje percutáneo guiado por ultrasonido o TC deberá ser la elección, si resulta insuficiente o técnicamente inviable obedeciendo el manejo paso a paso la estrategia mínimamente invasiva, la necrosectomía endoscópica trasgástrica, el drenaje endoscópico directo guiado o no por

endosonografía o video desbridamiento retroperitoneal asistida está indicado^{5,24-26}. **NE** moderado, **GR** fuerte.

17. Son indicación quirúrgica cuando el manejo conservador son insuficiente el Síndrome Comportamental Abdominal SCA, hemorragia aguda cuando el enfoque endovascular es insuficiente, isquemia intestinal, colecistitis necrotizantes y fistulas intestinales a colecciones peripancreáticas, sin embargo, no hay uniformidad sobre la técnica y tipo de intervención^{27,28}. **NE** débil, **GR** moderado.

Colecistectomía

En pacientes con PA biliar el momento de la colecistectomía ha sido motivo de debate, el argumento en favor de la colecistectomía temprana es prevenir el evento biliar recurrente^{9,29}.

Recomendaciones:

18. Colecistectomía debe realizarse durante la admisión en caso de PA biliar leve y deberá diferirse en caso de PA severa hasta la resolución de las colecciones³⁰⁻³². **NE** moderado, **GR** fuerte.

Referencias

1. Quinlan JD. Acute pancreatitis. *Médico Am Fam.* 2014; 90: 632-639.
2. Parniczky A, Kui B, Czentesi A, Mosztbacher D, Szimmer J, et al. Prospective, multicentre, nationwide clinical data from 600 cases of acute pancreatitis. 2016; 11: 1-19.
3. Cerda, Luis. Análisis de las nuevas clasificaciones de la pancreatitis aguda. *Cirujano General.* 2013;35: Supl. 1.
4. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pan-creatitis — 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut.* 2013; 62:102-11
5. Bakker OJ, van Santvoort HC, van Brunschot S, et al.: Endoscopic transgastric vs surgical necrosectomy for infected necrotizing pancreatitis: a randomized trial. *JAMA.* 2012; 307(10): 1053–61.
6. Van Santvoort HC, Besselink MG, Bakker OJ, et al.: A step-up approach or opennecrosectomy for necrotizing pancreatitis. *N Engl J Med.* 2010; 362(16):1491–502.
7. Dick JF, Gardner TB, Merrens EJ. Acute pancreatitis: New developments and strategies for the hospitalist. *J Hosp Med.* 2016; 11: 724-729.
8. Sarr MG. Revision of the Atlanta classification of acute pancreatitis. *Pol Arch Intern Med.* 2013; 123: 118-124.
9. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatol.* 2013; 13: 1-15.

10. Surco Y, Mercado H, Pinto J, Piscocoya. Predicción precoz de severidad en pancreatitis aguda. *Rev Gastroenterol Peru.* 2012; 32: 241-250.
11. Portelli M, Jones CD. Severe acute pancreatitis: Pathogenesis, diagnosis and surgical management. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2017;16: 155-159.
12. Pérez Campos A, Paredes Bravo E, Prochazka Zarat R, Bussalleu A, Pinto Valdivia J, et al. BISAP-O y APACHE-O: Utilidad en lapredicción de severidad en la pancreatitis aguda según la clasificación modificada de Atlanta. *Rev Gastroenterol Peru.* 2015; 35: 15-24.
13. Ledesma-Heyer JP, Arias Amara J. Pancreatitis aguda. *Med Int Mex.* 2009; 25: 285-294.
14. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, et al. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med.* 2001; 345:1368–1377.
15. Srinivasan G, Venkatakrishnan L, Sambadam S, Singh G, Kaur M, et al. Current concepts in the management of acute pancreatitis. *J Family Med Care Prim.* 2016; 5: 752-758.
16. Abou-Assi S, O'Keefe SJD. Nutrition in acute pancreatitis. *J Clin Gastroenterol.* 2001; 32:203-9.
17. Ckerwall GE, Tingstedt BB, Bergenzaun PE, et al. Immediate oral feeding in patients with mild acute pancreatitis is safe and may accelerate recovery — a randomized clinical study. *Clin Nutr.* 2007; 26:758-63.
18. Chang YS, Fu HQ, Xiao YM, et al. Nasogastric or nasojejunal feeding in predicted severe acute pancreatitis: a meta-analysis. *Crit Care.* 2013; 17:R118.
19. Al-Omran M, Albalawi ZH, Tashkandi MF, et al. Enteral versus parenteral nutrition for acute pancreatitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; (1):CD002837.
20. Crockett SD, Wani S, Gardner TB, et al.: American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. *Gastroenterology.* 2018; 154(4): 1096–101.
21. Brattström C, Malmberg AS, Tyden G. Penetration of imipenem into human pancreatic juice following single intravenous dose administration. *Chemotherapy* 1989; 35:83-7.
22. Tse F, Yuan Y: Early routine endoscopic retrograde cholangiopancreatography strategy versus early conservative management strategy in acute gallstone pancreatitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; (5): CD009779.
23. Neoptolemos JP, Carr-Locke DL, London NJ, et al.: Controlled trial of urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy versus conservative treatment for acute pancreatitis due to gallstones. *Lancet.* 1988; 2 (8678): 979–83.
24. Van Santvoort HC, Besselink MG, Bakker OJ, Hofker HS, et al. A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. *N Engl J Med* 2010; 362: 1491-1502 [PMID: 20410514 DOI:10.1056/NEJMoa0908821]
25. Seewald S, Groth S, Omar S, Imazu H, Seitz U, et al. Aggressive endoscopic therapy for pancreatic necrosis and pancreatic abscess: a new safe and effective treatment algorithm (videos). *Gastrointest Endosc* 2005; 62: 92-100 [PMID: 15990825]
26. Ang TL, Kwek AB, Tan SS, Ibrahim S, Fock KM, Teo EK. Direct endoscopic necrosectomy: a minimally invasive endoscopic technique for the treatment of infected walled-off pancreatic necrosis and infected pseudocysts with solid debris. *Singapore Med J* 2013; 54: 206-211 [PMID: 23624447]
27. Van Brunshot S, van Grinsven J, van Santvoort HC, Bakker OJ, Besselink MG, Boermeester MA, et al. Endoscopic or surgical step-up approach for infected necrotising pancreatitis: a multicentre randomised trial. *Lancet.* 2018;391:51–8.
28. Gurusamy KS, Belgaumkar AP, Haswell A, Pereira SP, Davidson BR. Interventions for necrotising pancreatitis. *Cochrane upper GI and pancreatic diseases group. Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 137:201–53.
29. Yadav D, O'Connell M, Papachristou GI. Natural history following the first attack of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2012; 107:1096–1103.
30. Van Baal MC, Besselink MG, Bakker OJ, et al. Timing of cholecystectomy after mild biliary pancreatitis: a systematic review. *Ann Surg* 2012; 255:860–866.
31. Leppäniemi et al. World Journal of Emergency Surgery. WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. 2019; 14 1-20
32. Mandalia A, Wamsteker E-J, DiMaggio M. Recent advance in understanding and managing acute pancreatitis. *F1000 Research.* 2019;975:1-20