



REVISTA DE  
GASTROENTEROLOGÍA  
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## PÁNCREAS

# Pancreatitis aguda

## *Acute pancreatitis*

J. Hernández-Calleros

Departamento de Gastroenterología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Recibido el 12 de junio de 2013; aceptado el 21 de junio de 2013

### Pancreatitis aguda

La definición de pancreatitis aguda (PA) se basa en criterios clínicos y su diagnóstico se hace con la presencia de 2 de los siguientes criterios: 1) Dolor epigástrico intenso, de instalación súbita, transfixivo y persistente; 2) elevación mayor a 3 veces el límite superior normal de lipasa o amilasa séricas y 3) hallazgos característicos de la enfermedad en algún método de imagen: tomografía computarizada (TC) con medio de contraste, imagen por resonancia magnética (IRM) o ultrasonido transabdominal<sup>1</sup>.

La PA representa un campo fértil para la realización de investigación, tanto clínica como básica, ya que la prevalencia e incidencia son elevadas, el diagnóstico temprano de las complicaciones puede impactar en el desenlace de la enfermedad y los tratamientos, tanto de la enfermedad como de sus complicaciones, son perfectibles.

Durante el congreso *Digestive Disease Week (DDW) 2013* se presentaron múltiples trabajos internacionales de diversos aspectos de la PA; a continuación se discutirán algunos que, a criterio del autor, representan líneas de investigación interesantes y trabajos de importancia para el desarrollo del conocimiento de la enfermedad.

### Pancreatitis poscolangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)

La pancreatitis post CPRE es una complicación de un estudio terapéutico que puede tener complicaciones graves e incluso mortalidad<sup>2</sup>. La prevención de esta complicación es importante, así como el rescate rápido y eficaz una vez que se presenta.

Se ha reportado en múltiples estudios que la utilización de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) puede ser efectiva en la prevención de pancreatitis post CPRE. La vía de administración más utilizada es la rectal.

Sotoudehmanesh et al. realizaron un ensayo clínico controlado en el que compararon 2 grupos de pacientes sometidos a CPRE. En un grupo utilizaron la administración de indometacina 100 mg en supositorio y un placebo sublingual previo a la realización del estudio. El grupo de la intervención utilizó 100 mg de indometacina rectal y 5 mg de nitratos por vía sublingual. El estudio fue doble ciego aleatorizado y encontró una diferencia mayor a 50% de casos de pancreatitis en el grupo con placebo que en el grupo con nitratos. La diferencia de ambos grupos fue estadísticamente significativa y la gravedad de la pancreatitis no fue diferente en ambos grupos<sup>3</sup>.

Autor de correspondencia: Vasco de Quiroga No. 15. Col. Sección XVI. Del. Tlalpan. México, D.F. C.P. 14000. Teléfono: (01) 5573 3418. Correo electrónico: jhcalleros@yahoo.com (J. Hernández-Calleros)

Por otro lado, se realizó un meta-análisis sobre la administración de indometacina rectal inmediatamente antes o después de la realización de una CPRE. El resultado del análisis de 4 estudios que reunieron los criterios de inclusión favoreció a la utilización de indometacina, ya que se demostró una reducción del riesgo a la mitad aun después de excluir el estudio con mayor número de pacientes o el estudio de menor calidad<sup>4</sup>.

Asimismo la colocación de prótesis demostró ser de utilidad en la prevención de pancreatitis post CPRE. En el estudio realizado por Afghani et al. se demuestra que la utilización de calibres mayores (5 Fr vs. 3 Fr), sin importar si se trata de prótesis doble cola de cochino o rectas, es útil en la prevención de PA post CPRE<sup>5</sup>.

### Predictores y tratamiento de complicaciones en PA

Las complicaciones tempranas y tardías son importantes factores de morbimortalidad en PA. Saber qué pacientes están en riesgo de presentarlas es útil para poder prevenirlas o tratarlas de manera temprana.

El estudio retrospectivo de Lee et al. hizo énfasis en la mortalidad a un año de la presentación del cuadro índice de PA. Los resultados que obtuvo este grupo demostraron que un índice de comorbilidades de Charlson alto, la readmisión hospitalaria temprana (menor a 30 días) y un tiempo prolongado de hospitalización son factores que aumentan la mortalidad a un año<sup>6</sup>.

Por otro lado, determinar de forma temprana qué pacientes con PA se encuentran en riesgo de tener un secuestro de líquidos importante a las 48 horas de ingreso a urgencias, podría ser un marcador importante para su prevención. El grupo liderado por de-Madaria encontró que los factores de riesgo para secuestro de líquidos son la etiología alcohólica de la PA, hemoconcentración, glucemia elevada, menor edad al diagnóstico y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica<sup>7</sup>.

La utilización de medicamentos en PA grave para mejorar el desenlace esperado no es una práctica común en esta enfermedad. Un estudio presentado por Vege et al. utilizó 400 mg de pentoxifilina cada 8 horas por vía oral en pacientes con PA grave, comparada con placebo. No hubo diferencias en los niveles de marcadores inflamatorios, sin embargo la diferencia fue importante en el tiempo de estancia hospitalaria, la necesidad de terapia intensiva y el tiempo de estancia en esta unidad<sup>8</sup>.

### Cuidados domiciliarios en los pacientes con PA

Es aceptado que la PA es una enfermedad con un cuadro clínico leve en la mayoría de los casos. El tratamiento hospitalario

es aceptado incluso en los casos leves aun por periodos cortos. Ince et al. proponen un modelo de atención domiciliaria con visitas seriadas por parte de una enfermera entrenada en el cuidado de pacientes con PA leve de etiología no alcohólica. No encontraron diferencias importantes entre el tratamiento hospitalario y el domiciliario, y la tasa de readmisión fue del 2.3% a 30 días<sup>9</sup>.

### Financiamiento

No hubo financiamiento para la realización de este trabajo.

### Conflicto de intereses

El autor no tiene conflicto de interés, en relación con el artículo que se remite para publicación.

### Bibliografía

1. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis - 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut* 2013;62:102-111.
2. Cheng CL, Sherman S, Watkins JL, et al. Risk factors for post-ERCP pancreatitis: a prospective multicenter study. *Am J Gastroenterol* 2006;101:139-147.
3. Sotoudehmanesh R, Elobeidi MA, Asgari AA, et al. A randomized trial of rectal indomethacin and sublingual nitrates to prevent post-ERCP pancreatitis. Accepted abstracts DDW 2013. Orlando, FL. DDW;2013.
4. Yaghoobi M, Rolland S, McNabb-Baltar J, et al. Rectal indomethacin in preventing post-ERCP pancreatitis: A meta-analysis of randomized controlled trials. Accepted abstracts DDW 2013. Orlando, FL. DDW;2013.
5. Afghani E, Akshintala VS, Khashab M, et al. 5 Fr pancreatic duct stents are superior to 3 Fr pancreatic duct stents for the prevention of post-ERCP pancreatitis in high risk patients: a systematic review and network meta-analysis. Accepted abstracts DDW 2013. Orlando, FL:DDW;2013.
6. Lee PJ, Bhatt A, Lopez R, et al. High Charlson co-morbidity index and readmission within 30 days are risk factors for 1 year mortality in acute pancreatitis. Accepted abstracts DDW 2013. Orlando, FL. DDW;2013.
7. De-Madaria E, Banks PA, Moya-Hoyo N, et al. Early predictors and outcomes of fluid sequestration in acute pancreatitis: an international multicenter study. Accepted abstracts DDW 2013. Orlando, FL. DDW;2013.
8. Vege SS, Atwal T, Chari ST, et al. Pentoxifylline treatment in predicted severe acute pancreatitis: a randomized double-blind placebo-controlled trial. Accepted abstracts DDW 2013. Orlando, FL. DDW;2013.
9. Ince AT, Yildiz K, Cinar A, et al. A prospective randomized controlled trial of home monitoring versus hospitalization for mild non-alcoholic acute interstitial pancreatitis. Accepted abstracts DDW 2013. Orlando, FL. DDW;2013.