

Guía de práctica clínico-quirúrgica para pancreatitis aguda litiásica - Servicio de Cirugía General

Clinical-surgical practice guide for gallstone acute pancreatitis - General Surgery Service

Marcelo Nicolás Durán¹, Rafael Maurette¹, Marcos García Ejarque¹, Diego Bogetti¹, Mariano Bregante¹, Débora Pellegrini², Pablo Young², Bárbara C Finn², David Mackenzie³, Astrid Rausch³, María Constanza Torella³, Miguel Blasco⁴, Sergio Verbanaz⁵, Adriana García⁶, Débora Berger⁶, Daniel Pirchi¹

Fronteras en Medicina 2017;12(3):97-101

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda litiásica (PAL) es una de las patologías gastrointestinales más frecuentes a nivel mundial, que requiere internación y tratamiento multidisciplinario.

Dicha entidad nosológica presenta numerosas admisiones hospitalarias en nuestro medio, con mortalidad elevada en casos graves, por lo que requiere un manejo actualizado, unificado y basado en evidencia.

El objetivo de esta guía clínico-quirúrgica es homogeneizar conceptos y conductas para el manejo de la PAL, con el fin de protocolizar y unificar el tratamiento multidisciplinario de dicha patología.

Luego de analizar guías y consensos internacionales, se propone un protocolo adaptado al Hospital Británico de Buenos Aires, para optimizar el manejo de la PAL¹⁻¹¹.

I. DIAGNÓSTICO DE LA PAL

Se define como “dolor típico” a aquel localizado en epigastrio, constante, de gran intensidad e irradiado a dorso y/o

ambos flancos, sugestivo clínicamente de PAL. Es importante establecer al día de inicio del dolor como “día 0”.

El dosaje de amilasa y lipasa es determinante para el diagnóstico, pero su elevación no es excluyente (**Figura 1**).

La ecografía de hígado, vías biliares y páncreas (HBP) es suficiente como primer estudio por imágenes, y para confirmar o descartar la etiología litiásica. Se nombran estudios de mayor complejidad para los casos de pacientes de difícil manejo o con otro diagnóstico presuntivo inicial.

2. ¿QUÉ ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITAR INICIALMENTE EN LA GUARDIA?

- Análisis de sangre: solicitar inicialmente hemograma completo, urea, creatinina, glucemia, amilasa, lipasa e ionograma. En caso de confirmar el diagnóstico de PAL, a *todos los pacientes* agregar gases en sangre, LDH, calcio y albúmina.
- Electrocardiograma.

Diagnóstico de pancreatitis aguda (PA)

(al menos 2 de los siguientes criterios)

- Dolor abdominal típico.
- Niveles de lipasa y/o amilasa en suero 3 o más veces el valor normal.
- Hallazgos característicos en eco-TC-RMN.

Figura 1. Diagnóstico de pancreatitis aguda litiásica.

1. Servicio de Cirugía General.
 2. Servicio de Clínica Médica.
 3. Servicio de Gastroenterología.
 4. Terapia Intensiva.
 5. Servicio de Infectología.
 6. Servicio de Diagnóstico por Imágenes.
- Hospital Británico de Buenos Aires.

Correspondencia: Dr. Daniel Pirchi | Servicio de Cirugía General, Hospital Británico de Buenos Aires.. Perdriel 74, C1280AEB CABA, Rep.Argentina | Tel 43096400 | dpirchi@gmail.com

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 22/04/2017 | Aceptado: 03/07/2017



Dos o más de los siguientes ítems

- Fiebre (>38°C) ó Hipotermia (<36°C)
- Taquipnea(>20/min) ó PaCO₂ <32 mmHg
- Taquicardia(>90/min)
- Leucocitosis(>12000) ó Leucopenia (<4000)

Figura 2. Definición de SIRS.



Figura 3. Algoritmo para clasificación de severidad.



Figura 4. Escala de Glasgow.

- Radiografía de tórax frente de pie, y de abdomen acostado: evaluar la presencia de derrame pleural. Descartar diagnósticos diferenciales, por ejemplo perforación de víscera hueca.
- Ecografía HBP: evaluar presencia de litiasis vesicular y/o coledociana, vía biliar intra- y extrahepática, edema pancreático y líquido peripancreático.

3. EVALUACIÓN INICIAL, ESTADIFICACIÓN DE RIESGO Y CLASIFICACIÓN DE LA PAL

El estado hemodinámico del paciente debe ser evaluado *constantemente* desde el ingreso y a lo largo de toda la internación, ya que la PAL es una patología que presenta cambios evolutivos y de manejo complejo. Para esto se recomienda evaluar la presencia de *SIRS* permanentemente, ya que la persistencia de este (>48 hs) se asocia a falla orgánica y a una mortalidad del 25%¹ (Figura 2). Se propone la clasificación de Pancreatitis Aguda de Atlanta 2012^{1,4} (Tabla 1).

Si bien se reconocen varios *scores* pronósticos (APACHE II, Ranson, Glasgow modificado, BISAP, etc.) para evaluar la severidad de la PAL, ninguno de ellos demostró ser superior o inferior que la evaluación permanente de la presencia de *SIRS* para pronosticar gravedad de esta

RESUCITACIÓN TEMPRANA CON FLUIDOS

- Se recomienda Ringer Lactato
- Reposición hídrica óptima: 5-10 ml/kg/hora (2500-4000 ml en las primeras 24 hs)

CONTROL DEL DOLOR

- Se recomienda "analgesia progresiva"
- Morfina (Sala General) – Fentanilo (UTI)

OXIGENOTERAPIA

- Objetivo: Sat O₂ > 96%

¿SNG?

- Náuseas + vómitos = SNG + antieméticos

Figura 5. Reanimación y manejo inicial de la PAL.

patología (Tabla 2). Por lo tanto, lo más importante es evaluar constantemente el estado hemodinámico del paciente, ya que los factores de riesgo asociados son la clave para determinar el grado de PAL y definir la internación en Sala General o en la Unidad de Cuidados Intensivos (UTI)^{3,5}.

En la Figura 3 se presenta el algoritmo para lograr clasificar la severidad del cuadro clínico y no cometer errores al momento de decidir el lugar de internación del paciente.

Diagnóstico de pancreatitis aguda (PA) (al menos 2 de los siguientes criterios)

- Dolor abdominal típico
- Niveles de lipasa y/o amilasa en suero 3 o más veces el valor normal
- Hallazgos característicos en ECO-TC-RMN

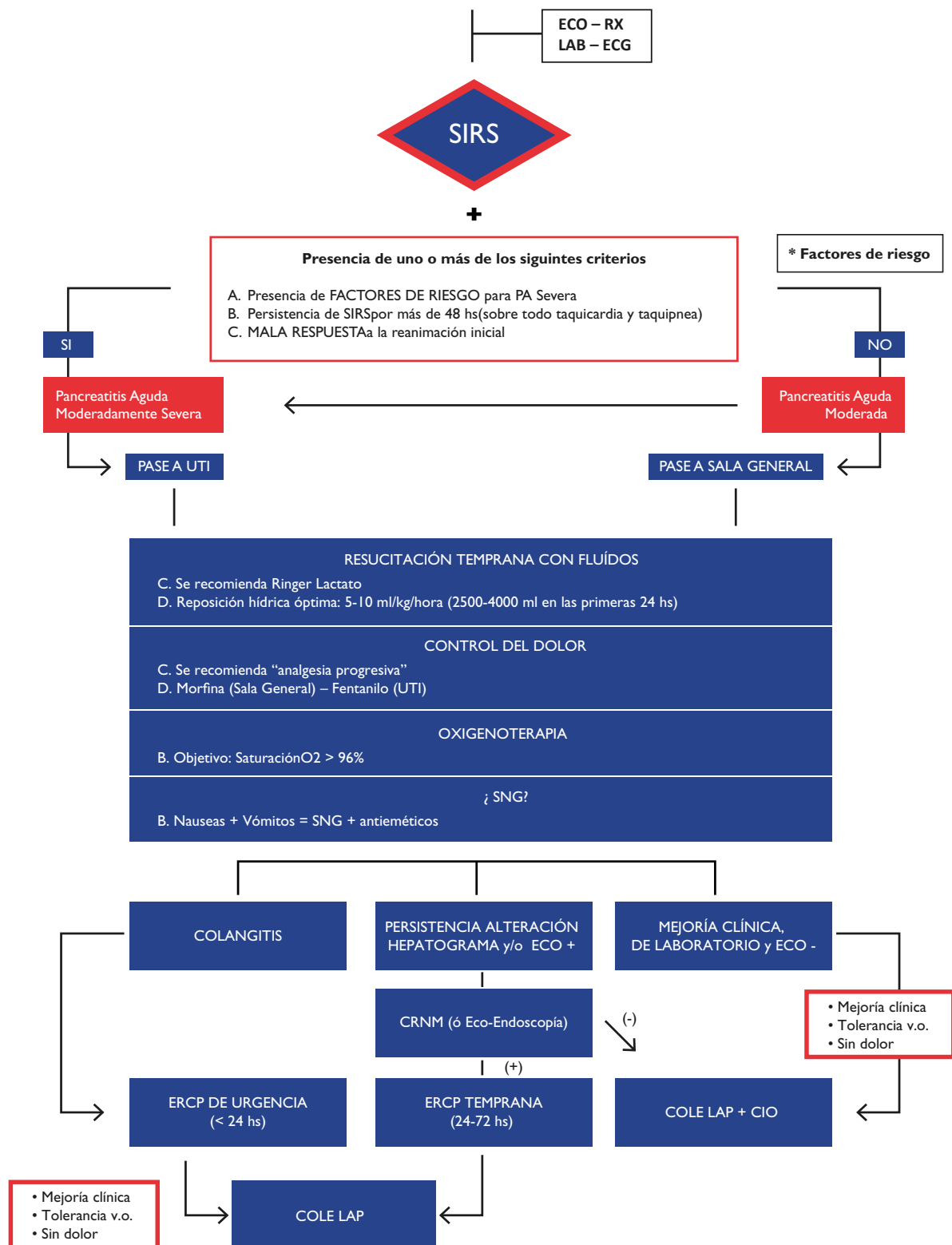


Figura 6. Algoritmo diagnóstico-terapéutico según la presentación del cuadros clínicos

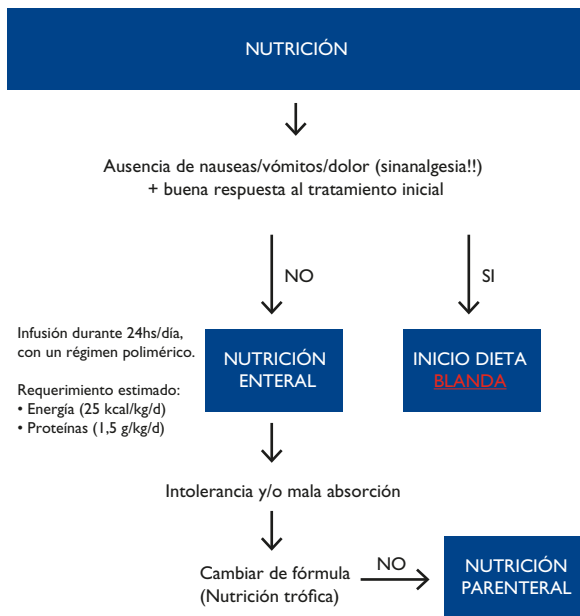


Figura 7. Algoritmo para el manejo nutricional.

IMPORTANTE

La PAL es una patología dinámica que requiere evaluación constante, ya que rápidamente puede pasar a tener mayor severidad con descompensación hemodinámica.

Se insiste con la importancia de la evaluación constante de la presencia de SIRS.

De todas las escalas de severidad se consideró la más adecuada para nuestra institución la de Glasgow modificado (Imrie) (Figura 4). Se caracteriza por facilitar el manejo en Guardia, determinar rápidamente la severidad del cuadro clínico e indicar correctamente la internación en Sala General o UTI.

Según este score pronóstico, basado en valores de laboratorio, datos y hallazgos clínicos, aquel paciente con un puntaje igual o superior a 3 puntos, o IMC \geq 30 o derrame pleural, tiene indicación de internación en UTI.

4. REANIMACIÓN INICIAL Y EVOLUCIÓN DE LA PAL

En la Figura 5 se presenta la secuencia en la reanimación y manejo inicial de la PAL. Recordar que para la reposición hídrica se deben tener en cuenta los antecedentes del paciente, sobre todo insuficiencia renal crónica (IRC) y patología cardiovascular.

IMPORTANTE

- Evaluar constantemente al paciente.
- No solicitar amilasa/lipasa diariamente.

En la Figura 6 se presenta el algoritmo diagnóstico-terapéutico según los tres cuadros clínicos posibles en la evolución de la PAL:

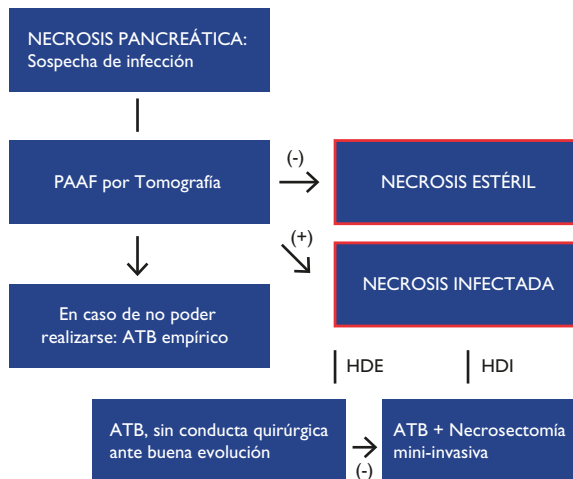


Figura 8. Algoritmo para el manejo de la necrosis pancreática.

- Colangitis.** Una vez realizado el diagnóstico, en cualquier momento de la internación se debe realizar una colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) de urgencia, lo antes posible dentro de las próximas 24 horas. Luego de la misma, ante mejoría clínica de paciente, ausencia de dolor y adecuada tolerancia vía oral, se procederá a la colecistectomía laparoscópica^{2,3,6-8}.
- Sin mejoría clínica y/o persistencia de hepatograma alterado y/o ecografía sugestiva de litiasis coledociana.** Ante este cuadro clínico (alteración persistente de enzimas hepáticas y/o una ecografía-HBP que informe dilatación de vía biliar o imágenes sugestivas de litos en el conducto colédoco, se sugiere realizar colangiorresonancia magnética (CRNM) para confirmar el diagnóstico de litiasis coledociana. En caso de contraindicación o imposibilidad de realizar la CRNM, se sugiere hacer una ecoendoscopia. De confirmar la obstrucción de la vía biliar, se debe realizar ERCP temprana dentro de las próximas 24-72 horas². Luego de la misma, ante mejoría clínica de paciente, ausencia de dolor y adecuada tolerancia vía oral, se procederá a la colecistectomía laparoscópica. En caso contrario, al evidenciar ausencia de litiasis coledociana, se sugiere realizar la colecistectomía con colangiografía intraoperatoria.
- Mejoría clínica, normalización del hepatograma y ecografía sin evidencia de litiasis coledociana.** En estos casos, se recomienda ante ausencia de dolor y adecuada tolerancia vía oral, realizar la colecistectomía laparoscópica con colangiografía intraoperatoria.

IMPORTANTE

Resolver el cuadro clínico, independiente de su evolución, durante la misma internación.

Solicitar TAC de abdomen y pelvis con contraste:

- A las 48-72 hs del ingreso, ante mala evolución y sospecha de otro diagnóstico.

Tabla 1. Clasificación de Pancreatitis Aguda de Atlanta 2012.

PA Moderada
<ul style="list-style-type: none"> • SIN falla orgánica • SIN complicaciones locales/sistémicas
PA Moderadamente severa
<ul style="list-style-type: none"> • Falla orgánica que resuelve < 48 hs y/o • Complicaciones locales/sistémicas SIN falla orgánica persistente
PA Severa
<ul style="list-style-type: none"> • Falla orgánica persistente (> 48 hs)

*Complicación local: Colecciones abdominales, Necrosis peri ó pancreática, Pseudoquiste. *Falla multiorgánica: Según score de Marshall modificado.

- Al 7mo - 8vo día del inicio del dolor, ante mala evolución.
- Al menos 4 semanas luego de hallazgo de complicación local.

5. ALGORITMO PARA EL MANEJO NUTRICIONAL DE LA PAL

La **Figura 7** muestra el algoritmo para el manejo nutricional²⁹.

6. ROL DE LA ANTIBIOTICOTERAPIA EN LA PAL

Es recomendable NO dar:

- Antibióticos (ATB) de rutina.
- Probióticos/antifúngicos de rutina.
- Antibióticos en necrosis estéril.

Durante la evolución de la PAL, se recomienda no indicar ATB, ni probióticos ni antifúngicos de forma rutinaria^{2,10,11}. A su vez, tampoco se recomienda dar tratamiento ATB en casos confirmados de necrosis pancreática estéril.

Respecto a los cuadros clínicos de colangitis y de necrosis pancreática infectada, está fuertemente recomendado administrar ATB en las siguientes situaciones:

BIBLIOGRAFÍA

1. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Swaroop Vege S. American College of Gastroenterology Guideline: management of acute pancreatitis. Am J Gastroenterol 2013;108:1400-15.
2. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. Pancreatology 2013;13(4 Suppl 2):e1-15.
3. Mofidi R, Duff MD, Wigmore SJ, Madhavan KK, Garden OJ, Parks RW. Association between early systemic inflammatory response, severity of multiorgan dysfunction and death in acute pancreatitis. Br J Surg; 2006; 93(6):738-44.
4. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Acute Pancreatitis Classification Working Group.; Classification of acute pancreatitis - 2012: revision of Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut 2013;62(1):102-11.
5. Papachristou GI, Muddana V, Yadav D, et al. Comparison of BISAP, Ranson's, APACHE-II, and CTSI scores in predicting organ failure, complications, and mortality in acute pancreatitis. Am J Gastroenterol 2010;105:435-41.
6. Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, et al. TG13: Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci 2013;20(1):1-7.
7. Van Baal, Besselink MG, Bakker OJ, et al. Timing of cholecystectomy after mild biliary pancreatitis: a systematic review. Ann Surg 2012; 255(5):860-6.
8. Petrov MS, van Santvoort HC, Besselink MG. Early endoscopic retrograde cholangiopancreatography versus conservative management in acute biliary pancreatitis without cholangitis: a meta-analysis of randomized trials. Ann Surg 2008;247(2):250-7.
9. Moraes JM, Felga GE, Chebli LA, et al. MBA full solid diet as the initial meal in mild acute pancreatitis is safe and result in a shorter length of hospitalization; results from a prospective, randomized, controlled, double-blind clinical trial. J Clin Gastroenterol 2010;44(7):517-22.
10. Wittau M, Mayer B, Scheele J, Henne-Bruns D, Dellinger EP, Isenmann R. Systematic review and meta-analysis of antibiotic prophylaxis in severe acute pancreatitis. Scand J Gastroenterol 2010;46(3):261-70.
11. Jafri NS, Mahid SS, Idstein SR, Hornung CA, Galandiuk S. Antibiotic prophylaxis is not protective in severe acute pancreatitis: a systematic review and meta-analysis. Am J Surg 2009;197(6):806-13.

Tabla 2. Factores de riesgo asociados a curso severo de PAL.

Características del paciente
<ul style="list-style-type: none"> • Edad > 55 años • BMI > 30 • Alteración del sensorio • Comorbilidades
Resultados de laboratorio
<ul style="list-style-type: none"> • BUN > 20 • Urea en ascenso • HTO en ascenso • Creatinina elevada
Resultados imagenológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Derrame pleural • Infiltrados pulmonares • Colección extrapancreáticas (múltiples o extensivas)

- **Colangitis:** ampicilina-sulbactam + ciprofloxacina.
- **Necrosis pancreática infectada:** imipenem.

7. ALGORITMO PARA EL MANEJO DE LA NECROSIS PANCREÁTICA

En la **Figura 8** se presenta el algoritmo para el manejo de la necrosis pancreática.

Ante toda sospecha de necrosis pancreática infectada, ya sea clínica o tomográfica, se debe realizar punción aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por tomografía. De estar contraindicada o ante imposibilidad de realizarla, se sugiere iniciar ATB empírico.

Dependiendo del resultado de la PAAF, determinaremos si la necrosis es estéril o infectada. En el segundo caso, siempre se indicará ATB, y el estado hemodinámico del paciente definirá la conducta a seguir, dado que, ante inestabilidad hemodinámica, se deberá realizar la necrosectomía miniinvasiva. Por esta se entiende la conducta terapéutica que involucra la necrosectomía en forma percutánea, vía endoscópica o laparoscópica.