

## **PANCREATITIS CRÓNICA.**

### **Definición. Clasificación. Diagnóstico. Tratamiento.**

Dr. Lázaro Quevedo Guanche (1)

#### **1. DEFINICIÓN:**

Entidad clínica caracterizada por dolor abdominal persistente o recurrente, que puede acompañarse de insuficiencia pancreática exocrina y/o endocrina. Desde el punto de vista anatomopatológico hay destrucción irreversible del parénquima pancreático que se expresa por pérdida acinar, reducción del tejido glandular, fibrosis proliferativa, calcificación y estenosis ductal, todo lo cual obedece a diversas causas.

#### **2. CLASIFICACIÓN:**

Según su etiología, ésta puede ser:

1.1. **Nutricional:** es la más común, y es producida por:

2.1.1. Ingestión de alcohol (se asocia con la dieta rica en proteínas y grasas).

2.1.2. Dieta deficitaria en proteínas y oligoelementos.

2.2. **Metabólica:** está relacionada con el hiperparatiroidismo.

2.3. **Por anomalías del conducto pancreático:** Páncreas divisum, cicatrices, estenosis y tumores.

2.4. **Secundaria a trauma pancreático:** Rara.

2.5. **Hereditaria:** Rara

2.6. **Idiopática:** Constituye más del 30% de todos los casos.

2.7. **Inmunológica.**

#### **3. DIAGNÓSTICO:**

Se establece por:

3.1. **Antecedentes:**

3.1.1. Haber presentado una de las causas frecuentes de la enfermedad.

3.1.2. Dolores epigástricos en forma de crisis, alternando con períodos asintomáticos.

3.1.3. Diarreas.

3.1.4. Es más frecuente en la cuarta y quinta década de la vida.

3.1.5. La pancreatitis crónica alcohólica es más frecuente en el hombre.

3.2. **Síntomas y signos:**

3.2.1. Caracterizados principalmente por dolor (presente en el 75 % de los pacientes), que puede aparecer en forma de:

3.2.1.1. Dolor paroxístico de evolución lenta y progresiva, localizado en el abdomen superior y no causado por enfermedad ulcerosa o de las vías biliares.

---

(1) Dr. en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar de Cirugía, I.S.C.M.-H. Especialista de 2do. Grado en Cirugía General . Hospital C. Q. Docente Hermanos Ameijeiras. Miembro del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.

---

- 3.2.1.2. Cólicos persistentes en abdomen superior, que se alivian sólo con opiáceos.
- 3.2.1.3. Cólicos a repetición en abdomen superior, acompañados de notable pérdida de peso.
- 3.2.1.4. Crisis de cólicos en abdomen superior acompañados o seguidos de derrame pleural o escasos signos peritoneales.
- 3.2.1.5. Dolor epigástrico con irradiación hacia el hipocondrio izquierdo, flanco izquierdo y a la espalda, que induce a posiciones antálgicas características, como la posición en plegaria mahometana.
- 3.2.2. Diarrea en forma de esteatorrea, dependiente del grado de insuficiencia pancreática (10 % de los pacientes).
- 3.2.3 Trastornos de la absorción de las vitaminas D y K (raro).
- 3.2.4 Vómitos por obstrucción pilórica o duodenal, debidos a compresión por hipertrofia de la cabeza del páncreas.
- 3.2.5 Ictericia de intensidad variable, acompañada o no de fiebre (compresión coledociana por retracción cicatrizal o pseudoquistes).
- 3.2.6 Pérdida de peso, condicionada por el temor a ingerir alimentos o por la esteatorrea.
- 3.2.7 Hematemesis o melena, por úlcera duodenal concomitante o por compresión del sistema portal (hipertensión portal segmentaria, con frecuencia a causa de trombosis de la vena esplénica).
- 3.2.8 Síntomas de diabetes mellitus (complicación tardía que se presenta en más de un tercio de los pacientes y que frecuentemente requiere del uso de insulina).
- 3.2.9 Palpación posible de una tumoración ubicada en el hemiabdomen superior.
- 3.2.10. Síndrome depresivo.

### **3.3. Exámenes Complementarios:**

#### **3.3.1. Exámenes de laboratorio:**

- 3.3.1.1. Determinación de enzimas pancreáticas (en sangre y en orina): isoamilasa, lipasa, tripsinógeno inmunoreactivo: se han detectado concentraciones bajas de estas enzimas en la pancreatitis crónica.
- 3.3.1.2. Determinación del polipéptido pancreático en sangre: bajo en pancreatitis crónica avanzada.
- 3.3.1.3. Prueba del pancreolaurilo: se determina en orina, o en suero, marcado con fluoresceína. Está elevado.
- 3.3.1.4. Prueba de la bentiromida: similar a la del pancreolaurilo, mide el PABA urinario o sérico, el cual puede estar aumentado
- 3.3.1.5. Dosificación de grasas en heces fecales, según el método de Van de Kamer. Se considera que existe esteatorrea cuando hay más de 7 g de grasas en 24 horas, después de comidas

ricas en aquéllas.

- 3.3.1.6. Determinación de enzimas pancreáticas fecales:  
Quimotripsina y elastasa 1. Sus concentraciones pueden ser bajas en la pancreatitis crónica.
- 3.3.1.7. Prueba de secreción exocrina pancreática mediante sondeo duodenal. Es un método muy sensible y preciso. Mide volumen del jugo pancreático, concentración de bicarbonato y concentración de enzimas pancreáticas, parámetros que estarán disminuidos. Esta prueba puede ser estimulada con la administración de secretina y pancreocimina.
- 3.3.1.8. En presencia de ictericia, diabetes o calcificaciones, se debe realizar:
  - a. Bilirrubina sérica.
  - b. Fosfatasa alcalina.
  - c. Gammaglutamiltransferasa.
  - d. Tiempo de aparición de la bromosulfaleína en la bilis.  
Normal: eliminación entre 8 min – 20 min.
  - e. Calcio sanguíneo y urinario.
  - f. Fósforo sanguíneo.
  - g. Glicemia.
  - h. Prueba de tolerancia a la glucosa.
  - i. Insulina, péptido C y glucagón en sangre.
  - j. Determinación del cloro y el sodio en el sudor. Resultado patológico: valores por encima de 70 mEq / l.
  - k. Dosificación de lípidos plasmáticos.

### **3.3.2. Exámenes imagenológicos:**

- 3.3.2.1 Radiografía de abdomen simple: para determinar si existen calcificaciones pancreáticas. Está indicada si no contamos con otros medios de diagnóstico.
- 3.3.2.2 Radiografía de esófago, estómago y duodeno (con duodenografía hipotónica). Se indicaría en la misma situación del examen anterior.
- 3.3.2.3 Ultrasonido abdominal (sensibilidad de 60 – 80%). Es la primera investigación que debe realizarse, ya que no es caro ni invasivo y está disponible en casi todos los lugares.
- 3.3.2.3. Ultrasonido endoscópico (sensibilidad de 88% y especificidad de 100%).
- 3.3.2.4. Tomografía axial computarizada espiral o helicoidal: (sensibilidad entre 56 – 95%). La dilatación irregular del conducto pancreático de más de 4 mm es un signo patognomónico de pancreatitis crónica.
- 3.3.2.5. Resonancia magnética con colangiopancreatografía (colangiorrsonancia). Tiene similar sensibilidad y especificidad que la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y es más inocua.

3.3.2.6. Arteriografía selectiva (con fase venosa). Indicada sólo en casos seleccionados.

**3.3.3. Exámenes endoscópico – radiográficos:** Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (sensibilidad de más del 90%). Permite visualizar las alteraciones del conducto pancreático principal típicas de la pancreatitis crónica como: dilatación, litiasis, irregularidades, estenosis en cadena de lagos y pseudoquistes., así como realizar papilotomías y colocar endoprótesis.

#### **4. TRATAMIENTO:**

##### **4.1. Médico:**

4.1.1. Durante las crisis agudas. (Ver en este manual : pancreatitis aguda).

4.1.2. Fase de remisión:

4.1.2.1. Dieta: comida ligera frecuente, pobre en residuos y grasas.

4.1.2.2. Abstinencia total del consumo de alcohol.

4.1.2.3. Control de la insuficiencia exocrina (esteatorrea). Se realiza con enzimas pancreáticas exógenas suplementarias:

a. 30 000 uds de lipasa después de las comidas.

b. 10 000 uds de tripsina después de las comidas.

c. Antagonistas de los receptores H<sub>2</sub> (ranitidina, cimetidina). Para disminuir la degradación de las enzimas pancreáticas exógenas por la acidez gástrica

4.1.2.5. Control de la insuficiencia endocrina: Tratamiento insulínico cuando es necesario.

4.1.2.6. Vitaminas A, D, K y B-12.

4.1.2.7. Calcio oral o inyectable.

4.1.2.8. Control del dolor:

a. Enzimas pancreáticas exógenas en altas dosis, para poner al páncreas en reposo.

b. Analgésicos no opioides: acetaminofen, tramadol, A.I.N.E. y otros.

c. Analgésicos opioides: Morfina, Codeína.

4.1.2.9. Bloqueo del plexo celíaco por vía percutánea: guiada por ultrasonido convencional o esplenicectomía química guiada por ultrasonido endoscópico.

**4.2. Procedimientos endoscópicos:** Por vía de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

4.2.1. Tratamiento de las estenosis del conducto pancreático:

4.2.2. Dilatación de las estrecheces, mecánica o neumática.

4.2.3. Colocación de sondas – férulas (7-10 f) durante un período de 6–12 meses.

- 4.2.4. Tratamiento de los cálculos pancreáticos:
  - 4.2.4.1. Extracción de los cálculos.
  - 4.2.4.2. Litotricia extracorpórea. Se utiliza para fragmentar los cálculos y favorecer su extracción.
- 4.2.5. Tratamiento de las fístulas pancreáticas: Colocación de sondas férulas transpapilares más allá del sitio de la lesión.
- 4.2.6. Drenaje endoscópico de los pseudoquistes:
  - 4.2.6.1. Vía transmural: a través de una pared común entre el pseudoquiste y el estómago o duodeno (se pueden colocar catéteres JJ hasta la resolución del pseudoquiste).
  - 4.2.6.2. Vía transpapilar (se colocan drenes nasoquísticos a través del defecto del conducto, se dejan por varios días y luego se colocan férulas que se mantienen en esa posición hasta la solución del quiste).
  - 4.2.6.3. Vía laparoscópica.
- 4.2.7. Tratamiento endoscópico de la obstrucción biliar en caso de estar presente: dilatación y colocación de endoprótesis autoexpandibles o no.

### **4.3. Tratamiento quirúrgico:**

- 4.3.1. Indicaciones:
  - 4.3.1.1. Dolor intenso y resistente al tratamiento médico y/o endoscópico (el más importante).
  - 4.3.1.2. Pseudoquistes que no se puedan resolver por métodos endoscópicos.
  - 4.3.1.3. Complicaciones de los órganos adyacentes:
    - a. Estenosis del colédoco distal, que no se pueda solucionar por vía endoscópica.
    - b. Estenosis duodenal segmentaria, que no se pueda resolver por vía endoscópica.
    - c. Hipertensión portal segmentaria (relativa).
  - 4.3.1.4. Pseudoquistes pancreáticos no accesibles al tratamiento endoscópico.
  - 4.3.1.5. Fístulas pancreáticas internas y ascitis pancreática.
  - 4.3.1.6. Sospecha de lesión maligna.
  - 4.3.1.7. Deterioro progresivo del paciente.
  - 4.3.1.8. Cuando se asocie a hiperparatiroidismo (rara).
- 4.3.2. Procedimientos operatorios:
  - 4.3.2.1 Proceder para el control del dolor: Esplancnicectomía toroscópica: ha recobrado interés en la actualidad por su relativa sencillez, puede tener algún papel en individuos que no tengan el conducto pancreático principal dilatado.
  - 4.3.2.2 Proceder sobre la ampolla: Esfinteroplastia transduodenal. Puede estar indicada en pacientes con estenosis de la papila, en aquellos centros que no cuenten con la posibilidad de

- realizar la esfinterotomía por vía endoscópica
- 4.3.2.3. Procederes de drenaje ductal simple: su empleo se fundamenta por el hecho de que: 40– 60% de los pacientes con pancreatitis crónica tienen ectasia ductal, mediante ellos se puede realizar extracción de los cálculos pancreáticos, tienen baja morbimortalidad. Estos son:
    - a. Pancreatectomía distal limitada y pancreatoyeyunostomía término terminal en Y de Roux (Duval).
    - b. Pancreaticoyeyunostomía latero lateral longitudinal (Puestow y Gillesby modificada por Partington y Rochelle). Actualmente es el proceder más utilizado.
    - c. Siempre que se realice un proceder de drenaje debe tomarse biopsia de los bordes del conducto de Wirsung abierto o de la cola del páncreas seccionada.
  - 4.3.2.4. Procederes de resección: estarían indicados en las siguientes situaciones: en el 15 – 49% de los pacientes que continúan con dolor después de los procederes de drenaje, en los casos de tumoración inflamatoria de la cabeza del páncreas, cuando hay sospecha de malignidad y en los pacientes con pancreatitis crónica que cursan sin dilatación de los conductos pancreáticos. Ellos son:
    - a. Pancreatectomía distal limitada de 40 – 80%.
    - b. Pancreatectomía subtotal de 95% (Child).
    - c. Las dos anteriores pueden asociarse a autotrasplante de páncreas segmentario o de islotes.
    - d. Pancreatoduodenectomía convencional (Whipple).
    - e. Pancreatoduodenectomía con conservación del píloro (Traverso-Longmire).
    - f. Pancreatectomía total con resección o preservación del duodeno.
  - 4.3.2.5. Procederes de drenaje extendido: están indicados sobre todo en pacientes con tumor inflamatorio de la cabeza del páncreas y combinan las ventajas de las técnicas de drenaje con las de resección, aunque su uso no está muy generalizado en la actualidad. Son los siguientes:
    - a. Resección de la cabeza del páncreas con preservación de duodeno (Beger).
    - b. Pancreaticoyeyunostomía longitudinal L – L con resección local de la cabeza del páncreas (Frey).
  - 4.3.2.6. Si no se ha podido estudiar el conducto pancreático principal preoperatoriamente, debe realizarse transoperatoriamente una pancreatografía de las siguientes maneras: Localizando y puncionando el conducto de Wirsung dilatado, seccionando la cola del páncreas y efectuándola retrógradamente, o abordando dicho conducto a través de la papila de Vater.
  - 4.3.2.7. En los pacientes que presenten estenosis de la papila y del

colédoco distal y no se les practique una resección del área de la cabeza pancreática se les puede realizar una coledocoduodenostomía.

- 4.3.2.8. La selección de cada una de estas técnicas se basa en la localización y extensión de la enfermedad, características del conducto de Wirsung, sospecha o no de malignidad, la presencia o ausencia de insuficiencia pancreática endocrina y/o exocrina, así como en la preferencia del cirujano.