

## **Pancreatitis aguda. Diagnóstico. Tratamiento**

**Dr. Lázaro Quevedo Guanche (1)**

### **1. Diagnóstico**

#### **1.1 Antecedente**

Se trata, por lo general, de un paciente masculino en la edad media de la vida, obeso o alcohólico, con antecedentes de cólicos biliares, aunque deben tenerse en cuenta otros factores etiológicos menos frecuentes como la cirugía, el uso de corticoides y la posibilidad de que tenga cáncer pancreático.

#### **1.2 Síntomas y signos**

Aun en los pacientes de necrosis pancreática, muy graves los signos tempranos son menos dramáticos que los síntomas. Esta discrepancia, entre las manifestaciones subjetivas y los signos objetivos de la enfermedad, es extraordinariamente valiosa para el diagnóstico. Es útil tener presentes los aspectos paradójicos que la caracterizan:

- 1.2.1 Gran intensidad de los síntomas funcionales.
- 1.2.2 Precocidad de los síntomas generales.
- 1.2.3 Pobreza relativa de los signos físicos.

#### **1.3 Exámenes de diagnóstico**

##### **1.3.1 De laboratorio**

###### **1.3.1.1 Hemograma**

###### **1.3.1.2 Ionograma**

###### **1.3.1.3 Glicemia**

**1.3.1.4 Amilasa sérica** (valor normal: 80 U – 160 U Somogyi. Estará elevada a las pocas horas; alcanza su máximo valor a las 24h – 48h, para descender luego a valores normales. Los valores por encima de 500 U es signo de pancreatitis franca.

###### **1.3.1.5 Calcio sérico.**

**1.3.1.6 Tiempo de protrombina** (tiene valor en los pacientes graves y durante periodos de tiempo prolongados).

**1.3.1.7 Lipasa sérica:** esta elevada; aparece más tardíamente y es más duradera siendo más específica.

a) **Amilasuria:** se halla elevada por encima de 130 U – 150U Somogyi.

Permanecerá normal durante la fase inicial, pero se eleva después de cierto tiempo y permanece alta aun después de que la amilasa sérica vuelve a la normalidad.

Tanto la amilasemia como la amilasuria pueden estar alteradas si hay insuficiencia renal.

---

(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.

---

- b) Glucosuria
- c) Gasometría
- 1.3.2 **Exámenes radiológicos:** se debe recordar que los signos radiológicos de la pancreatitis aguda no son específicos ni constantes. No es posible siempre someter a un paciente grave a un examen detallado en el Servicio de Radiología. En caso de lograrlo se llevará a cabo:
  - 1.3.2.1 Radiografía simple del abdomen (acostado, de pie y en posición lateral).
  - 1.3.2.2 Radiografía de tórax en posiciones PA y lateral.
  - 1.3.2.3 Fluoroscopia del tórax. Cuando el estado del paciente lo permita.
- 1.3.3 Punción abdominal o lavado peritoneal
  - 1.3.3.1 Se realizara en la fosa ilíaca izquierda; en caso de no aspirarse liquido, se hará en los cuadrantes restantes.
  - 1.3.3.2 Se puede obtener líquido seroso, fibrinoso o serohemorrágico.
  - 1.3.3.3 El contenido de amilasa en el liquido pasará de 1000 U Somogyi a las 48h de iniciado el proceso.
- 1.3.4 Laparoscopia diagnóstica
  - 1.3.4.1 Esta indicada en pacientes de diagnostico dudoso.
  - 1.3.4.2 Debe realizarse siempre que sea posible, pues ayuda a obtener el diagnostico positivo, siendo concluyente en las formas necróticas hemorrágicas.

## **2. Tratamiento**

Será, sobre todo medico iniciando inmediatamente que se sospeche o confirme el diagnostico.

### **2.1 Medico:**

Profiláctico. Se aplicara a todo traumatismo pancreático o intervenciones sobre el páncreas o vías biliares y estomago que impliquen agresión pancreática.

#### **2.1.1 Medidas para aliviar el dolor:**

2.1.1.1 Clorhidrato de meperidina: 50mg- 100mg/8h-12h, d acuerdo con la evolución de la enfermedad

- a) Ver (Normas de shock).
- b) Cuando disminuya el dolor puede continuarse con dipirona 1g-2g /3 veces al día, por vía IM.
- c) En las afecciones o en las pancreatitis rebeldes a esta terapéutica, se practicará bloqueo esplacnico bilateral o anestesia peridural con procaína a 1%.
- d) La morfina esta completamente contraindicada.

#### **2.1.2 Medidas para contrarrestar el shock. (Ver normas de shock).**

#### **2.1.3 Medidas para disminuir el funcionamiento glandular:**

2.1.3.1 Suspensión de la vía oral.

2.1.3.2 Sonda nasogastrica y aspiración constante o por lo menos cada 2h; después de cada aspiración se debe instilar 30ml de gel de hidróxido de aluminio, a través de la sonda.

2.1.3.3 Atropina: 0,5 mg/4h por vías IM o EV, según el estado el paciente.

#### **2.1.4 Medidas para mantener los equilibrios hidromineral y coloidoosmótico. (Ver normas de equilibrio hidromineral).**

2.1.4.1 Si aparece hipocalcemia se debe administrar gluconato de calcio a 10%: 10ml – 20ml, por vía EV, hasta controlar las manifestaciones de hiperexcitibilidad neuromuscular.

#### **2.1.5 Medidas para garantizar la alimentación:**

2.1.5.1 Utilizar la vía parenteral durante la fase aguda. (Ver normas de alimentación parenteral y equilibrio hidromineral).

2.1.5.2 Añadir vitamina C y complejo B.

2.1.5.3 A medida que mejore el paciente se establecerá progresivamente la vía oral, manteniendo los antiácidos a través de ella.

2.1.5.4 Gel de hidróxido de aluminio: 2 cucharadas /6h.

#### **2.1.6 Medidas para evitar y combatir la infección. (Ver normas de antibioticoterapia).**

#### **2.1.7 Otras medidas:**

2.1.7.1 Vitamina K (cuando el tiempo de protrombina este alterado).

2.1.7.2 Insulinoterapia (si fuera necesario, según los resultados de las glicemias).

#### **2.2 Quirúrgico**

Estará indicado siendo realizado de existir condiciones por vía laparoscópica.

2.2.1 En los pacientes que presenten ictericia al comienzo o durante su evolución y se tenga el antecedente (o se sospeche) que sufran litiasis vesicular.

2.2.1.1 Se realizará cuando exista litiasis coledociana, sobre todo si se comprueba la presencia de un cálculo impactado en el ampulla de Vater. Se hará extracción del cálculo y drenaje del colédoco con tubo en T. (Ver normas del hepatocolédoco).

2.2.1.2 Cuando el íctero no sea determinado por litiasis coledociana se drenara el colédoco con tubo T.

2.2.1.3 Si el estado general del paciente es muy precario, se practicará colecistostomía.

#### **2.2.2 Los abscesos pancreáticos de drenaran:**

2.2.2.1 En los pacientes operados por error y que presenten una pancreatitis aguda – sin afección de las vías biliares - , se realizara el drenaje de las vías biliares y la transcavidad de los epiplones.

Estos enfermos deben ser trasladados a un hospital docente, después de haber pasado el inicio del cuadro grave.