

Pancreatitis aguda y crónica

Causas de Pancreatitis

- Canalización de la papila de Vater puede dañar el endotelio y causar pancreatitis (1% de los casos de CPRE).
- Trauma directo al páncreas (ruptura, golpe).
- Hipertrigliceridemia familiar (más de 1500 triglicéridos) sin asociación clara en Panamá.
- Las causas principales a considerar son cálculos biliares y abuso de alcohol.

Identificación de la Pancreatitis

- Identificar si la pancreatitis es:
 - Leve o severa (hemorrágica).
 - Biliar o no biliar.
 - Temprana o tardía.
- La diferencia entre leve y severa se basa en hallazgos histopatológicos (edematosa vs. hemorrágica/necrohemorrágica).

- Pancreatitis biliar permite intervenciones para mejorar la situación, a diferencia de las no biliares.
- Pancreatitis temprana: menos de 6 días de evolución desde el inicio del dolor. Pancreatitis tardía: más de 6 días.

Clasificación de Atlanta

- Clasificación de Atlanta divide la pancreatitis en leve, moderada y severa.
- Hoy en día se utiliza principalmente la clasificación en leve y severa.

Presentación Clínica

- El síntoma cardinal es el dolor abdominal, típicamente en el área central del abdomen (retroperitoneal).
- El dolor es pobremente localizado y puede ser referido a la espalda.
- Náuseas y debilidad son síntomas posibles, pero no característicos.
- Fiebre e hipotensión son signos de severidad, pero no son comunes.
- Ictericia es poco frecuente y sugiere un problema en la vía biliar en lugar del páncreas.

Abdomen Agudo

- Es crucial diferenciar entre abdomen agudo y no agudo.
- Abdomen agudo implica situaciones que potencialmente ponen en peligro la vida.
- Signos clásicos de abdomen agudo:
 - Abdomen en tabla.
 - Defensa muscular.
 - Rebote.
 - No se pueden presentar los tres signos al mismo tiempo.
- La evaluación del dolor abdominal debe enfocarse en determinar si se trata de un abdomen agudo.

Abdomen Agudo

- Definición: Defensa y rebote en los cuatro cuadrantes o abdomen en tabla.
- Requiere traslado, evaluación e interconsulta urgente.
- Apendicitis aguda y pancreatitis no son abdomen agudo.
- Apendicitis aguda: Defensa y rebote en fosa iliaca derecha.
- Pancreatitis: Abdomen doloroso, pero no defendido.

Signos de Pancreatitis Aguda Severa

- Signo de Cullen: Equimosis periumbilical.
- Signo de Turner: Equimosis en flancos.
- Son hallazgos poco comunes y patognomónicos de pancreatitis aguda severa.

Laboratorios para Dolor Abdominal

- Amilasa y lipasa son los criterios bioquímicos.

- Amilasa:
 - Alta sensibilidad, baja especificidad.
 - Baja después de 2-3 días de dolor.
- Lipasa:
 - Alta sensibilidad y especificidad.
 - Se mantiene elevada hasta dos semanas.

Estudios de Imagen en Pancreatitis

- Ultrasonido:
 - Diferencia pancreatitis biliar vs. no biliar.
 - Detecta litos o barro biliar.
- Tomografía computada (TAC):
 - Define el manejo de la pancreatitis (leve, indeterminada o severa).
- Resonancia magnética: No es el estándar.

Imágenes de Tomografía

- Pancreatitis edematosa: Páncreas con halo de líquido alrededor.
- Pancreatitis con colecciones necrohemorrágicas: Distorsión, líquido y colecciones.

Historia de la Pancreatitis y el Dr. John Ransom

- La medicina se basa en descubrimientos previos.
- La historia del Dr. John Ransom es importante, aunque triste.
- En la década de los 60, un hospital en Connecticut estaba a punto de cerrar debido a la alta mortalidad de pacientes con pancreatitis aguda.
- El Dr. Ransom fue encargado de determinar quiénes tenían buen o mal pronóstico, ya que no había tomografías en ese entonces.

Criterios de Ransom

- Los criterios de Ransom se diseñaron para predecir la mortalidad, no la severidad.
- Se determinó que pacientes con tres o menos criterios usualmente les iba bien (70-80%).
- Pacientes con tres o más criterios usualmente les iba mal.
- En 1974, la publicación de estos criterios separó las pancreatitis de buen pronóstico de las de mal pronóstico (severas).

Criterios de Ransom Hoy

- Los criterios de Ransom se calculan en las primeras 24 horas y luego en las siguientes 48 horas.
- Se dividen los valores según si la pancreatitis es litiásica o no litiásica.
- En 2024, la mortalidad según el número de criterios de Ransom es:
 - 0 a 2 criterios: 2% de mortalidad.
 - 3 a 5 criterios: 20% de mortalidad.
 - 6 o más criterios: Elevadísima mortalidad.

Manejo de la Pancreatitis

- "No hacemos absolutamente nada." El tratamiento es de soporte.
- Hidratación y ayuno.
- Nutrición parenteral (descubrimiento posterior a 1900).
- El uso de antibióticos es controversial, más probable en casos severos.
- Manejo del dolor: En Panamá se usan AINES.

Intervenciones y Cirugía

- CPRE para quitar cálculos en la vía biliar si es necesario.
- Si hay coleditiasis, la vesícula se remueve después de que el paciente mejore (1-2 semanas).
- La pancreatitis necrotizante tiene alta mortalidad.
- La necrosectomía no suele ser efectiva.

Pseudoquiste de páncreas

- El pseudoquiste de páncreas es una complicación tardía de la pancreatitis aguda.
- El cuerpo contiene el contenido que sale del parénquima pancreático.
- No es un verdadero quiste epitelizado.
- El cuerpo protege y contiene lo que está mal.
- Se puede ver con frecuencia en pacientes a los que se les hace un CAS por otra cosa, o se les hacen imágenes después de un tiempo después de una pancreatitis.
- Manejo: La regla de 6.
 - Si es menos de 6 cm y tiene menos de 6 semanas, no se hace nada.
 - Si mide más de 6 cm y lleva más de 6 semanas, se hace un drenaje a través del estómago.
- Después de una pancreatitis, se hace el estudio para ver si tiene pseudoquiste solamente si el paciente persiste con dolor.