
Pancreatitis aguda grave; necrosis pancreática manejo clínico-quirúrgico; presentación de caso y revisión bibliográfica.

Severe Acute pancreatitis; clinical and surgical management of necrotizing pancreatitis; case report and bibliographic revision.

Luis Chérrez Ochoa*
Giovanni Gomezcoello M.**
Jefferson Quiñónez León**
Jorge Burgos Burgos***

RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente con pancreatitis aguda grave, que evoluciona a una necrosis pancreática, sometido a necrosectomía pancreática y laparotomía contenida, más soporte metabólico, inotrópico y respiratorio, evoluciona favorablemente a pesar de la alta mortalidad de dicha patología.

Palabras clave: necrosis pancreática infectada. Pancreatitis aguda. Absceso pancreático.

SUMMARY

We present the case of a patient with severe acute pancreatitis that evolves to pancreatic necrosis. This patient underwent pancreatic necrosectomy and laparotomy contained and got metabolic and respiratory support. The patient evolution was favorable even though this pathology has a high mortality.

Key words: Pancreatic necrosis. Acute pancreatitis. Pancreatic absceso.

Introducción

Es preciso diferenciar la necrosis pancreática infectada del absceso pancreático. Es una infección difusa de un páncreas necrótico con inflamación aguda, que ocurre en las 2 primeras semanas siguientes al inicio de una pancreatitis. En cambio el absceso pancreático es una acumulación líquida de pus de escasa definición que evoluciona a lo largo de un período más prolongado (4 a 6 semanas). Tiende a representar una menor amenaza para la vida del paciente, y se asocia a una tasa inferior de mortalidad quirúrgica.^{3,5,16}

La necrosis pancreática infectada debe tratarse mediante desbridamiento quirúrgico, debido a que el componente sólido del páncreas infectado no puede tratarse con evacuación percutánea con guía radiológica. El absceso pancreático puede tratarse mediante cirugía o, en casos concretos, mediante drenaje percutáneo. En el 40 al 60% de los

pacientes, el páncreas necrótico contrae una infección secundaria, generalmente por bacterias gram-negativas de origen alimentario (Enterococo, klebsiella, enterobacter, E. coli, etc.) y más raramente por estafilococos aureus^{2,11,13,17}.

El hecho de si se produce o no la infección, depende de varios factores, entre ellos el alcance de la necrosis pancreática y peripancreática, el grado de isquemia e hipoperfusión pancreáticas y la presencia de insuficiencia orgánica o multiorgánica.

Caso clínico

Paciente de 48 años, masculino, que ingresa al hospital "Luis Vernaza" con historia clínica N° 278933, el 19 de marzo de 2004, con cuadro de diez días de evolución y dolor abdominal en epigastrio

* Postgradista de medicina interna, hospital "Luis Vernaza", Guayaquil – Ecuador.

** Postgradista de cirugía, hospital "Luis Vernaza", Guayaquil - Ecuador.

*** Médico general.

tipo cólico, irradiado en hemicinturón derecho acompañado de náusea y vómito.

Al examen físico llama la atención palidez, diaforesis más deshidratación. En el examen de laboratorio destaca: amilasa 1234 y lipasa 2132. Gasometría arterial: acidosis metabólica. Criterios de Ranson al ingreso de 4; Apache de 18.

Examen de gabinete: TAC muestra páncreas edematoso con áreas de hipodensidad más colección peripancreática; se cataloga como criterio de Balthazar D.

Luego de dos días de su ingreso es transferido al área de Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencia, con diagnóstico de pancreatitis necrotizante, donde recibe tratamiento expectante. Posteriormente, a los cuatro días, presenta deterioro hemodinámico, por lo que requiere soporte, ventilación e inotrópico.

A la Rx de tórax se apreció infiltrados bilaterales difusos, compatibles con distress respiratorio y derrame pleural izquierdo. El abdomen distendido, doloroso, y con falla orgánica múltiple, por lo que se lo interviene realizándose necrosectomía pancreática, más drenaje de colección intraabdominal y colecistectomía más laparotomía contenida (Bolsa de Bogotá) a través de incisión subcostal bilateral.

Posteriormente es sometido a 16 lavados de cavidad, en los cuales se desbrida mínimas cantidades de tejido pancreático desvitalizado (el cultivo del líquido coleccionado, al igual que los hemocultivos, fueron positivos para *E. coli* multirresistente), presentando posteriormente mejoría clínica y hemodinámica; durante su estancia hospitalaria recibe antibioticoterapia (imipenem, ciprofloxacina) permaneciendo en la Unidad de Cuidados Intensivos hospitalizado por 72 días. Luego egresa del mismo transferido a Sala.

Discusión

Se puede lograr el diagnóstico precoz de la infección pancreática mediante punción aspiradora guiada por TAC. En pacientes con fiebre, leucocitosis y TAC de abdomen anormal (flemón, pseudoquiste o acumulación de líquido extrapancreático) se deben aplicar las siguientes directrices^{4,8,10,12}:

- Los pseudoquistes y los flemones se deben aspirar de inmediato, ya que más del 50% de los mismos pueden estar infectados.
- No es necesario aspirar las acumulaciones de líquido pancreático con tanta premura, porque la mayoría son estériles.
- Si un flemón en un principio es estéril, pero la fiebre y la leucocitosis persisten, se debe observar el proceso durante varios días antes de considerar la reaspiración, dado que a menudo se produce una mejoría clínica.
- Si la fiebre y la leucocitosis reaparecen después de un período sin síntomas, se debe considerar la reaspiración.

La pancreatitis grave en presencia de 3 o más factores de riesgo, la pancreatitis postoperatoria, el restablecimiento de la alimentación por vía oral antes de tiempo, la realización prematura de una laparotomía y el uso tal vez imprudente de antibióticos, predisponen al desarrollo de un absceso pancreático que ocurre en el 3 al 4% de los pacientes con pancreatitis aguda.

El absceso pancreático también puede aparecer por una comunicación entre un pseudoquiste y el colon, después de un drenaje quirúrgico insuficiente de un pseudoquiste, o tras la aspiración de un pseudoquiste. Los signos característicos del absceso son fiebre, leucocitosis, íleo y rápido deterioro de un paciente que se estaba recuperando de la pancreatitis. Sin embargo en ocasiones las únicas manifestaciones son fiebre persistente y signos de inflamación pancreática ininterrumpida^{1,7,9}.

El drenaje de los abscesos pancreáticos mediante técnicas de cateterismo percutáneo con guía de TAC, sólo han tenido un éxito moderado (resolución en el 50 al 60% de los pacientes). Por tanto suele requerirse laparotomía con drenaje radical por aspiración, y posiblemente resección del tejido necrótico debido a que la tasa de mortalidad de los abscesos pancreáticos que no se drenan, se aproxima al 100%. Son frecuentes los abscesos múltiples y a menudo es preciso volver a operar^{6,14,15}.

Entre otras complicaciones locales tenemos la ascitis pancreática, la fístula pancreática y la oclusión intestinal; entre las complicaciones sistémicas tenemos el shock, sepsis, insuficiencia

respiratoria, hemorragia digestiva, complicaciones renales, hepatobiliares, cardíacas, esplénicas, necrosis grasa y alteraciones de la coagulación.

Referencia bibliográfica

1. Beveraggi E.: Estrategias en el manejo de colecciones estériles o infectadas post pancreatitis aguda. Cursos de cirugía hepatobilio-pancreática del Hospital Italiano.: Pág. 1-3. 1996.
2. Cameron J.: Pancreatitis Aguda. En: Cirugía del Aparato Digestivo, Shocklford 3 Edición. Editorial Panamericana. Vol. III Cap. II, Pág. 22 a 24. 1993.
3. Chiapetta P.: Revista Argentina de Cirugía Número 5. Volumen 77. Noviembre Pág. 188 - 192. 1999.
4. Chiappeta Porras, Luis MAAC. Tratamiento quirúrgico de las complicaciones de la Pancreatitis aguda... Revista Argentina de Cirugía, Numero Extraordinario, Buenos Aires. Pág. 9-51. Año 2001.
5. Farreras R.: Tratado de medicina interna, Tomo I, 14 ed. Editorial Interamericana. Madrid- España, 297-298, 2000.
6. García Tiscomia Pancreatitis Aguda de etiología poco frecuente. Servicio de cirugía general complejo italiano Churruca, Visca, Buenos Aires Argentina. Acta gastroenterología Latinoamericana: 29 (2) 57- 62. . Año 1999.
7. Jiménez M.: Drenaje Percutaneo de colecciones abdominales. En: PROACI, tercer ciclo, modulo I, editorial panamericana. Cap. 2. Pág. 59-91. 1999.
8. Giménez M.: Cirugía percutanea en la pancreatitis aguda. En: Programa de actualización en cirugía. Tercer ciclo. Modulo 1. Pág. 91-99. 1999.
9. Harrison.: Tratado de medicina interna, Tomo II, 13 ed. Editorial interamericana. México, 1980-1984.
10. Konrad H.: Pancreatitis Aguda. En: Sleinger Malvin H - Fortran John S., de enfermedades Gastrointestinales, Fisiopatología, Diagnostico y Tratamiento. 5ta. edición, de Editorial Medica Panamericana. Vol. 2, Cap. 80, Pág.1673-1700. 1994.
11. Montero P.: Pancreatitis Aguda. En: Protocolo de actuación en medicina, Primera reimpresión. Editorial Mosby -Doyma. Cap. 22, Pág. 147-153. 1995.
12. Oria A.: Pseudoquiste Agudo, En: PROACI, tercer ciclo, módulo 4. Editorial Panamericana. Cap. 2. Pág. 39- 91. 1999.
13. Oria A.: Pancreatitis Aguda. En: Cirugía de Urgencia, Editorial Panamericana. Cap. 21, Pág. 369-379. 1997.
14. Oria A. Pancreatitis Aguda. En: Cirugía de Michans, 5ta edición. Editorial Ateneo. Pág. 651 - 661. 1997.
15. Ranson J.: Pancreatitis aguda. En: "Operaciones Abdominales". Tomo 2, 8va Edición. Pág. 1983-1.999. 1986.
16. Troyano" Rodolfo A., MAAC, Carrillat, Jorge, MAAC., Carriquí, Domingo, Análisis comparativo en las cirugías de la necrosis pancreática en las 2 ultimas décadas, Revista Argentina de Cirugía N° 5. Pág. 123-129. Vol. 70.
17. Yeo C.: Pancreatitis aguda. En: "Cirugía del Aparato Digestivo". Tomo III. 3ra edición. Pág. 22-43. 1993.

Dr. Luis Chérrez ocha

Teléfono: 593-04-2431671

Fecha de presentación: 12 de noviembre de 2004

Fecha de publicación: 30 de septiembre de 2006

Traducido por: Dra. Janet J. Moreno E.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL