

PANCREATITIS SEVERA

Rodrigo Cardoso Rabelo
MV, TEM, FCCS Cert., MSc., DSc.
Intensivet Consultoria
ricobveccs@gmail.com

*“Los pacientes con pancreatitis grave pueden ser salvados si son operados lo más rápido posible con auxilio del soporte clínico, removiendo todo el tejido necrótico y abscedado, irrigando, estableciendo un drenaje eficiente, y ofreciendo una nutrición enteral mediante un tubo de yeyunostomía”
(Tim Crowe, 1982 ACVS Forum)*

1. Introducción

La pancreatitis es una patología asociada a una alta tasa de mortalidad, principalmente debido a la translocación bacteriana, no sólo en animales sino también en humanos. El riesgo de desarrollo de pancreatitis grave es mayor en animales obesos, diabetes (13% de los diabéticos presentan pancreatitis), hiperadrenocorticismo, hipotiroidismo, enfermedad gastrointestinal preexistente y epilepsia. Los perros de raza Yorkshire terrier están en la zona de mayor riesgo, mientras que los Labradores y Poodles presentan el menor riesgo. Los machos y hembras castradas parecen presentar un riesgo incrementado si se los compara con las hembras intactas. Existe mucha controversia en lo que respecta a los métodos más correctos a emplear en el tratamiento de estos pacientes. Hace cerca de 20 años, autoridades en el tema ya sugerían un abordaje agresivo, quirúrgico, como el medio más eficiente de abordar al paciente con pancreatitis grave.

2. Diagnóstico

Los pacientes con pancreatitis generalmente se presentan apáticos, anoréxicos, vomitando y en algunos casos con diarrea. En los casos más graves pueden presentarse shock y colapso. En otros casos los signos pueden ser muy vagos o inexistentes. Algunos animales con pancreatitis grave exhibirán signos de dolor abdominal craneal intenso y posición de “rezar”. Otros no demostrarán dolor o discomfort alguno. Ocasionalmente los únicos signos presentes estarán asociados a manifestaciones sistémicas, que incluyen insuficiencia respiratoria, parálisis de los miembros pélvicos, alteraciones mentales (secundarias a infarto cerebral, tromboembolismo aórtico e infartos medulares), desórdenes de la coagulación y arritmias cardíacas. Las radiografías generalmente revelan aumento de la densidad, disminución del contraste y granularidad en la región del cuadrante craneal derecho con desplazamiento del estómago, aumento del ángulo entre el antro y el duodeno descendente, desplazamiento del duodeno descendente hacia la derecha con padrón de acúmulo gaseoso en igual localización. La pérdida de detalle visceral en el abdomen craneal es muy sugestiva y probablemente el hallazgo radiográfico más común. El examen ultrasonográfico puede resultar muy útil. La apariencia de masa así como de un área cística o abscedada (regiones quísticas complejas), edema y fluido intraabdominal libre son algunos signos visibles en el ultrasonido. A pesar de que la leucocitosis con desvío a la izquierda es un hallazgo común, en algunos casos no se observa alteración alguna en el conteo o diferencial de células blancas. Las dosificaciones de amilasa y lipasa estarán elevadas en cerca de un 75 a 85% (menos en gatos) de los casos de pancreatitis. Esto torna el diagnóstico de esta patología siempre un desafío. Se debe tener cuidado, pues los niveles de lipasa pueden hasta triplicarse luego de una laparotomía exploratoria de rutina en pacientes sin signos clínicos u otras evidencias de pancreatitis. La medición del péptido activador del tripsinógeno (PAT) sanguíneo puede utilizarse como factor predictor pronóstico, pero no debe ser utilizado como herramienta diagnóstica única, ya que sus niveles no son bien detectados al inicio de la pancreatitis. El lavado peritoneal diagnóstico (LPD) puede ser utilizado dado su bajo costo, alta eficacia y simplicidad de realización y determina la presencia de las posibles complicaciones de la pancreatitis como necrosis, abscedación o infección bacteriana. No existe una prueba o combinación ideal para el diagnóstico de la pancreatitis, y

en ausencia de tejido pancreático para análisis, el diagnóstico se debe realizar por presunción y combinación de los exámenes disponibles con el estado general del paciente en el examen físico.

4. Abordaje terapéutico

El abordaje clínico del paciente con pancreatitis grave incluye cuidados intensivos y monitoreo estricto del paciente. Por ser una patología que puede involucrar varios sistemas todo cuidado será poco y varias precauciones deberán ser tomadas para aumentar las probabilidades de supervivencia del paciente. A continuación las principales indicaciones terapéuticas:

1. *Fluidoterapia*
2. *Lavado (Diálisis) peritoneal*
3. *Balance electrolítico*
4. *Mantenimiento de los niveles plasmáticos de albúmina*
5. *Control de la Presión Oncótica*
6. *Control Glicémico*
7. *Suporte nutricional*
8. *Antibioticoterapia*
9. *Otros puntos clave:*
 - a) Monitorear la presión arterial, frecuencia y ritmo cardíaco, coagulación, hemograma, bioquímica, orina, sonidos abdominales y estado mental.
 - b) Soporte de antibióticos, antieméticos y dosis bajas subcutáneas de heparina
 - c) Soporte cardiovascular con drogas inotrópicas (dobutamina) e oxigenación utilizando una sonda nasal o nasofaríngea (de acuerdo con los hallazgos de gasometría, radiología, examen clínico e compromiso respiratorio).
 - d) Cuidados de Enfermería criteriosa con cariño dando todo el soporte psicológico y fisioterápico además de un control rígido del dolor a través de medicamentos intravenosos o catéter epidural.

El abordaje quirúrgico se resume en la exploración minuciosa de la cavidad, con lavado abundante con solución fisiológica tibia y tomándose el tiempo necesario para explorar el páncreas y las regiones adyacentes. Es necesario buscar por áreas la necrosis, abscesos, edema y congestión, y verificar si hay líquido en los alrededores del órgano. La decisión de abordar un paciente con pancreatitis de forma quirúrgica puede basarse en el examen clínico minucioso y en la gravedad de los signos encontrados en la bioquímica y los exámenes por imagen. Una guía importante en la toma de decisiones es la aspiración nasogástrica. Normalmente es posible estabilizar la gastroparesia y el acúmulo de gases y líquidos estomacales en las primeras 48 horas de internación con un soporte médico básico. Si se mantiene un aspirado oscuro de olor fétido, muchas veces con reflujo fecal duodenal y dificultad para disminuir el volumen recuperado ($> 0,5$ ml/kg/h), se debe abordar quirúrgicamente pues normalmente hay involucramiento pancreático grave que no responde a la terapia médica aislada.

5. Cuidados pos-operatorios:

En los pacientes con pancreatitis grave se debe seguir un esquema de cuidados intensivos. El síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) no es raro en estos casos graves y será causante de muerte en pocas horas. Generalmente la sepsis y la insuficiencia respiratoria son las principales causas de muerte, seguidas de coagulación intravascular diseminada y falla multiorgánica (MODS). En una serie reciente de casos (todos con tubo de yeyunostomía), más del 75% de los pacientes sobrevivieron con la terapia intensiva agresiva pero los costos fueron extremadamente altos (millones de reales pueden ser gastados en terapias como estas). Como demuestra la experiencia de varios autores, casos similares sin este soporte técnico avanzado y altamente especializado tendrían virtualmente una tasa de mortalidad del 100%

6. Consideraciones finales

Como puntos principales se deben considerar los siguientes puntos de interés en el abordaje del paciente con pancreatitis grave.

1. Realizar un diagnóstico rápido y preciso, que indicará o no la necesidad de intervención quirúrgica. Esto puede ser realizado a través de un examen clínico preciso, análisis de laboratorio (específicamente el lavado peritoneal diagnóstico) y proveyendo soporte clínico para cuidar el páncreas inflamado antes de realizar un abordaje más agresivo.
2. Intervención quirúrgica (abordaje del órgano afectado, resección de las porciones críticas, irrigación y drenaje, colocación de un tubo de yeyunostomía).
3. Cuidados intensivos pos-operatorios, incluyendo fluidoterapia, monitoreo de los parámetros vitales, soporte nutricional, control del dolor, cobertura antibiótica, soporte respiratorio, etc.

Bibliografía:

1. CROWE, D.T.: **Surgical management of pancreatitis**, Proceedings of the VII International Emergency and Critical Care Symposium, Orlando FL, 557-561, September 06th-10th, 2000
2. FINCH, C.: **Series of pancreatitis cases in dogs**, Veterinary Record 142:6,148, 1998
3. KIRBY, R.; et al: **Severe acute pancreatitis: medical vs surgical options**, Proceedings of the V International Emergency and Critical Care Symposium, San Antonio TX, September 15th-18th, 1996