

TRATAMIENTO EN PANCREATITIS AGUDA

JOSÉ ARMANDO MADRAZO, M.D.*

RESUMEN

Las recomendaciones para el tratamiento de la pancreatitis aguda (PA) en niños se ha basado históricamente en trabajos clínicos realizados en adultos, y son pocos los estudios que se han realizado en población pediátrica, debido a la epidemiología de esta entidad. Los objetivos del manejo de la PA son restablecer el equilibrio hidroelectrolítico y ácido base, manejar el dolor, evaluar la severidad del evento, el tratamiento de la etiología del evento de PA y tratar las complicaciones.

Palabras clave: Pancreatitis, Niños, Tratamiento

INTRODUCCIÓN

Las recomendaciones para el tratamiento de la pancreatitis aguda (PA) en niños se ha basado históricamente en trabajos clínicos realizados en población adulta, pocos estudios realizados en población pediátrica se han publicado debido a la epidemiología de esta entidad. Los objetivos del manejo de la PA son restablecer el equilibrio hidroelectrolítico y ácido base, manejo del dolor, evaluación de la severidad del evento, el tratamiento de la etiología del evento de PA y tratar las complicaciones¹.

Clasificación

Los criterios de Atlanta clasifican la PA como leve y severa. En el caso de pancreatitis leve que ocurre aproximadamente en 80% de los casos, el tratamiento es de sostén con ayuno transitorio y restablecimiento de la vía oral en 48-72 horas, uso de sonda nasogástrica

SUMMARY

The recommendations for the treatment of the acute pancreatitis (AP) in children has been based historically on clinical works made in adults, and are few the studies that have been made in pediatric population, due to the epidemiology of this entity. The objectives of the management of the AP are to restore the fluids and electrolytes balance and acid base, to treat the pain, to evaluate the severity of the event, the treatment of the etiology of the AP event and to treat the complications.

Key words: Pancreatitis, Children, Treatment

en caso de vómitos intensos, manejo del dolor en donde se ha recomendado el uso de opioides (no se ha demostrado que su acción sobre la contracción del esfínter de Oddi influya en la evolución de la PA) y adecuado aporte hidroelectrolítico con lo que se espera un egreso temprano sin complicaciones¹.

En la población pediátrica no existen escalas de evaluación de gravedad, y aunque se ha intentado aplicar las escalas usadas en adultos (APACHE), o crear nuevos sistemas (Glasgow modificado) no se han logrado validar. En caso de que el paciente presente datos de choque, dificultad respiratoria, insuficiencia renal, hemorragia de tubo digestivo, necrosis infectada en cualquier momento de la evolución clínica, se debe considerar severidad y manejo del paciente en la unidad de cuidados intensivos pediátricos².

Manejo

Una vez identificados los datos de gravedad se recomienda ser cuidadoso en los balances hidroelectrolíticos, ya que los pacientes se encuentran en ayuno y pierden líquidos por secuestro compartamental o pérdidas al tercer espacio, y también

* MD. Pediatra. Gastroenterólogo. Instituto Mexicano del Seguro Social. Centro Médico Siglo XXI. Ciudad de México, México

Recibido para publicación: febrero 15, 2007

Aceptado para publicación: marzo 31, 2007

por el uso de sonda nasogástrica en donde se pueden perder además gran cantidad de electrolitos. Existe evidencia de que la suplementación de oxígeno manteniendo saturación mayor al 95% y la reposición temprana de líquidos (cristaloides y/o coloides) para mantener un gasto urinario mayor de 0.5 ml/k/h puede estar asociada con la resolución temprana de la falla orgánica y con una baja mortalidad. Para mantener un adecuado monitoreo se deberá utilizar un catéter venoso para medir la presión venosa central^{3,4}.

En la PA se desarrolla un estado de estrés catabólico que promueve la respuesta inflamatoria sistémica y el deterioro nutricional. La adecuada proporción de nutrientes tiene un papel predominante en la recuperación de los pacientes. La alimentación parenteral total (NPT) ha sido la práctica estándar para proveer de nutrientes exógenos a los pacientes con PA severa por la presencia de náuseas, vómitos e íleo, así como por la teoría de mantener la función exocrina del páncreas en reposo para disminuir su excreción enzimática, con un aporte calórico del 110-120% de los requerimientos para la edad y sexo^{5,6}.

Estudios recientes han demostrado que la alimentación enteral proporcionada por una sonda nasointestinal es segura y preserva la función de la mucosa intestinal limitando la respuesta inflamatoria, además de ser más económica. Los resultados de los estudios publicados no son concluyentes pero han demostrado disminución de los días de estancia intrahospitalaria y de las complicaciones infecciosas sistémicas, la única contraindicación para su uso es la presencia de íleo, si este persiste por más de 5 días se debe valorar el inicio de NPT. Los tipos de fórmulas que se han utilizado son fórmulas estándar, semielementales y elementales, pero no existen estudios comparativos para determinar su eficacia^{5,7}.

La infección del tejido necrótico es la complicación más importante de la PA, con mayor frecuencia cuando la necrosis es mayor del 30%, lo que incrementa la necesidad de cirugía y de mortalidad en 40% de los casos. Estudios experimentales sugieren que la terapia con profilaxis antibiótica puede prevenir la infección, pero promueve la resistencia de la infección por hongos. Se sugieren tratamientos de 7-14 días, y solo se deben administrar antibióticos por mayor tiempo si

hay evidencia de cultivos positivos a crecimiento bacteriano. Los resultados en una revisión sistemática han mostrado menor mortalidad en el grupo con profilaxis antibiótica que con placebo de 6% vs 15.3%, la frecuencia de necrosis pancreática infectada no mostró diferencia estadísticamente significativa ni el porcentaje de pacientes con infección por hongos entre los grupos con profilaxis contra placebo. La menor mortalidad se observó con el uso de antibióticos beta lactamasa, no se observaron diferencias con quinolonas con metronidazol^{5,8}.

Se han reportado resultados alentadores aunque no significativos con el uso de medicamentos como el gabexate, o agentes antisecretores (octreotide), y antiinflamatorios (lexipafant), por lo que su uso y recomendación continúan en estudio⁵.

La mayor parte de los pacientes con PA severa no requieren de manejo quirúrgico ya que sólo 2-15% de los pacientes desarrollan pseudoquistes, de estos el 40-50% resuelven de forma espontánea. Cuando los pseudoquistes miden más de 6 cm y persisten por más de 6 semanas el riesgo de complicación, ruptura, o hemorragia incrementa y las probabilidades de resolución espontánea son muy bajas. Por lo anterior, se recomienda intervención oportuna en estos casos con drenaje quirúrgico, radiológico o endoscópico, la técnica de elección se individualiza para cada paciente según la experiencia de cada centro de atención.

Se ha llegado al acuerdo de que todos los pacientes con necrosis infectada requieren intervención quirúrgica con necrosectomía, sin embargo los casos deberán individualizarse. En caso de tratarse de pancreatitis secundaria a litiasis, o cuando existe la presencia de ictericia, colangitis o dilatación del conducto biliar común lo cual es poco común en pediatría, se recomienda el uso de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con esfinterotomía o intervención quirúrgica dentro de las primeras 72 horas de haber iniciado el cuadro. La técnica también depende de la experiencia de cada centro. Ocasionalmente el diagnóstico de PA se realiza posterior a una laparotomía de urgencia por un cuadro de abdomen agudo.

El tratamiento de la pancreatitis aguda es

multidisciplinario, y necesita de la valoración de gastroenterólogos, intensivistas, cirujanos, radiólogos y endoscopistas experimentados^{5,9-13}.

PANCREATITIS CRÓNICA

Las metas en el tratamiento de la pancreatitis crónica (PC), difieren según la etiología la cual debe ser tratada de forma temprana para evitar el incremento del daño a la función pancreática, y el estadio de la enfermedad. El objetivo en pacientes con PC rápidamente progresiva es el tratamiento del dolor para lo cual se ha demostrado que el uso de enzimas pancreáticas sin capa entérica es eficaz.

Otro aspecto primordial es el desarrollo de diabetes mellitus tipo I secundaria a insuficiencia pancreática endocrina para lo cual se debe solicitar apoyo de endocrinólogos para el manejo con insulina. En el caso de PC avanzada los objetivos son tratar la insuficiencia pancreática para lo cual se utilizan enzimas pancreáticas, idealmente con capa entérica a dosis de reemplazo, la cual dependerá de la edad del paciente y de la reserva de la función pancreática; tratar el dolor y el desarrollo de diabetes mellitus¹⁴.

Se debe proporcionar una dieta con altos requerimientos energéticos 110 a 120% del aporte para su edad y sexo con cantidades normales de grasas para lograr un crecimiento adecuado⁶.

Cuando la ingesta de alimentos por vía oral es insuficiente para mantener un crecimiento adecuado se deberá utilizar alimentación forzada a través de sonda nasogástrica o gastrostomía, cuando la desnutrición llega a ser severa se puede utilizar NPT. Se recomienda adicionar a la alimentación vitaminas liposolubles para compensar las pérdidas incrementadas¹⁵.

Otra alternativa de tratamiento, siempre y cuando sea realizada por manos expertas, habitualmente con apoyo de endoscopistas de adultos, es el uso de CPRE para colocación de endoprotesis pancreáticas y esfinterotomía^{12,13}.

Cuando los eventos de dolor alteran la calidad de vida de los pacientes y no se logran manejar con tratamiento

médico, se ha sugerido tratamiento quirúrgico, la experiencia es baja, ya que se trata de padecimientos poco comunes, los resultados en series de casos han sido satisfactorios, los procedimientos quirúrgicos consisten en realizar pancreaticoyunostomía y pancreatectomía distal. En el caso de la pancreaticoyunostomía longitudinal se han mostrado resultados negativos en algunas series, pero exitosos en otras.

Este tipo de procedimientos debe realizarse por personas experimentadas y en centros de tercer nivel de atención médica^{10,16}.

REFERENCIAS

1. Yousar M, McClion K, Diamond T. Management of severe acute pancreatitis. *B J Surg* 2003; 90:407-420
2. DeBanto J, Goday P, Pedroso M, Iftikhar R, Fazel A, Nayyar S, et al. Acute pancreatitis in children. *AJG* 2001; 97: 1726-1731
3. Buter A, Imrie C, Carter C. Dynamic nature of early organ dysfunction determines outcome in acute pancreatitis. *Br J Surg* 2002; 89: 298-302
4. Beckingham I, Bornman P. Acute Pancreatitis. *BMJ*
5. UK Working Party on Acute Pancreatitis. UK guidelines for the management of acute pancreatitis. *Gut* 2005; 54 (Suppl III) 1-9
6. France S, Jundt R. Energy requirements in acute pancreatitis in children. *JPGN* 2004; 39 (suppl 1) S 90
7. Al-Omran M, Groof A, Wilke D. Cochrane upper gastrointestinal and pancreatic diseases group. Enteral versus parenteral nutrition for acute pancreatitis. *Cochrane Database of Systematic Review* 2006, 4
8. Villatoro E, Bassi C, Larvin M. Antibiótico therapy for prophylaxis against infection of pancreatic necrosis in acute pancreatitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, 4
9. Yachha S, Chetri K, Saraswat V, Baijal S, Sikora S, Lal R, et al. Management of childhood pancreatic disorders: a multidisciplinary approach. *JPGN* 2003; 36: 206-212
10. Stringer M, Davison S, McClean P, Rajwal S, Puntis J, Sheridan M, et al. Multidisciplinary management of surgical disorders of the pancreas in childhood. *JPGN* 2005; 40: 363-367
11. Mohan N, Bansal S, Arora A, Sud R., Role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the management of pancreatitis in children. *JPGN* 2004; 39 (Suppl): S44
12. Varadarajulu S, Wilcox M, Hawes R, Cotton P. Technical outcomes and complications of ERCP in children. *Gastrointest Endosc* 2004; 60:367-371
13. Hsu R, Draganov P, Leung J, Tarnasky P, Hawes R, Cunningham J, et al. Therapeutic ERCP in the management of pancreatitis in children. *Gastrointest Endosc* 2000; 51: 396-400
14. Walker A, Goulet O, Kleinman R, Sherman P, Sneider B, Snaderson I. *Pediatric gastrointestinal disease. Vol 2., 4a ed., BC Decker, pag 1593-1594*
15. Chairperson N, Chairperson F. *Pediatric nutrition handbook. 5a. ed, American Academy of Pediatrics, pag. 735-736.*
16. Weber T, Keller M. Operative Management of chronic pancreatitis in children. *Arch Surg* 2001; 136: 550-554