

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Pancreatitis aguda: una visión actualizada

Dr. Sergio Guzmán Bondik
 Profesor Adjunto de Cirugía
 Departamento de Cirugía Digestiva

Afortunadamente, la pancreatitis aguda tiene con frecuencia un curso autolimitado y de resolución completa. Sin embargo, uno de cada 4 ó 5 casos puede llegar a ser extremadamente grave e incluso mortal a corto plazo. La caracterización de esta enfermedad y el riesgo de complicaciones y su correlación clinicopatológica fueron hechos originalmente por Fitz hace ya más de un siglo (1). Si bien la etiología y patogenia de la pancreatitis presentan aún aspectos que son desconocidos o poco claros, ha habido importantes progresos en relación a su diagnóstico, y especialmente a su tratamiento, que han permitido reducir su mortalidad y sus complicaciones alejadas.

La pancreatitis se presenta generalmente en pacientes con litiasis biliar o ingestión exagerada de alcohol. Esta última asociación ya había sido reconocida por Fitz en su presentación original, si bien los mecanismos por los cuales la ingestión de alcohol desencadena la enfermedad son poco claros. Por otro lado, la primera relación fundamentada que se hizo entre la patología biliar y la pancreatitis data de principios de siglo, cuando en un enfermo que falleció por pancreatitis aguda se encontró un cálculo impactado en colédoco distal. Esto dio lugar a la teoría del conducto común o teoría de Opie (2). En los años que siguieron, sin embargo, fue difícil comprobar esta asociación, por cuanto en la mayoría de los pacientes no se lograba demostrar la coledocolitiasis o no se encontraba un cálculo enclavado. En fecha relativamente reciente se demostró que en los pacientes que tienen litiasis biliar y pancreatitis, los cálculos se recuperan en las deposiciones. Es decir, estos cálculos migran al tubo digestivo a través del colédoco, y es en este paso en el cual se desencadena la enfermedad. Quedan numerosos aspectos de esta asociación por aclarar. Entre otros, son muchos los enfermos que presentan migración de cálculo desde la vía biliar al tubo digestivo, pero que no presentan pancreatitis.

Aparte de la asociación con litiasis biliar y con alcoholismo, la pancreatitis puede ser secundaria a hipertrigliceridemia, puede ser consecuencia de procedimientos endoscópicos o puede presentarse sin explicación como una pancreatitis "idiopática".

Todos estos aspectos se analizan en los artículos correspondientes a la patogenia de la enfermedad y en el que se refiere a la línea de investigación desarrollada en el Departamento de Gastroenterología de nuestra Escuela de Medicina.

En relación al tratamiento de los pacientes, después de largos años de controversia, es claro que hoy existen algunos consensos. En primer término, hay un mejor conocimiento de la correlación clinicopatológica. En este sentido, hoy se distingue objetivamente la pancreatitis leve o moderada de la pancreatitis grave. Se pueden relacionar también ambas con su correspondiente sustrato anatomopatológico. Es así como la pancreatitis leve generalmente corresponde a edema, y la pancreatitis grave está asociada a necrosis pancreática o peripancreática. Es importante tener presente que, aparte de la diferenciación entre pancreatitis edematosa y pancreatitis necrótica, se ha sumado otro concepto que ha sido un aporte por su relación con las decisiones terapéuticas correspondientes. Este se refiere a la existencia de infección retroperitoneal. Se sabe que el enfermo que tiene una pancreatitis necrótica puede tener una evolución hacia la resolución espontánea sin necesidad de una intervención quirúrgica. En cambio, el paciente que presenta infección retroperitoneal generalmente requiere de la cirugía para su tratamiento. Si bien antiguamente se hablaba de absceso pancreático, homologando este término a la existencia de una necrosis infectada,

en la actualidad se reserva el término de absceso a una colección purulenta y encapsulada, cuya aparición en la pancreatitis generalmente es más tardía y tiene un pronóstico de menor gravedad que el de la necrosis infectada. Los criterios clínicos que existen para diferenciar una pancreatitis grave de una pancreatitis leve, así como los recursos existentes de diagnóstico de laboratorio, se discuten en los artículos correspondientes.

Se han destinado dos capítulos al tratamiento de la enfermedad. Este campo también ha sido extremadamente polémico. Hace algunos años había centros que aceptaban que la pancreatitis aguda grave era en sí misma de indicación quirúrgica. Este criterio no se acepta en la actualidad y se tiende a reservar la cirugía para aquel paciente que tiene una complicación séptica del retroperitoneo. Los criterios actuales de diagnóstico de estas complicaciones y de su tratamiento han sido tratados en distintos artículos, por cuanto tienen consecuencias de orden práctico terapéutico de gran importancia para los pacientes.

Así como ha habido progresos en la caracterización anatomopatológica de la enfermedad y su correlación con la clínica, ha habido también importantes aportes en los recursos de diagnóstico, sobre todo por parte de nuevas técnicas radiológicas. Tanto es así, que de alguna forma el diagnóstico de la pancreatitis aguda ya no se sustenta sólo en exámenes de laboratorio, sino que se confirma en forma rutinaria con la ecotomografía y la tomografía axial computada. Estas técnicas aportan elementos que no sólo son de utilidad diagnóstica sino también pronóstica. En particular, en las imágenes de tomografía computada se han establecido criterios para predecir el riesgo de infección retroperitoneal. Los aportes radiológicos han sido de tal importancia, que se han dedicado dos capítulos a ellos. Uno se ha destinado a analizar los recursos de diagnóstico y otro a analizar los recursos terapéuticos que ofrece la radiología a los pacientes con pancreatitis aguda. Ha habido también progresos importantes derivados de la endoscopia terapéutica en la pancreatitis. Estos se han hecho presentes en los últimos años y son una consecuencia natural del progreso que ha habido en el tratamiento endoscópico de la patología biliar en su conjunto. Considerando la importancia de estos nuevos recursos y los alentadores resultados que se han obtenido hasta el momento con estos procedimientos, se ha dedicado un capítulo a este tema.

En resumen, este Boletín tiene por objeto analizar con criterios prácticos y actualizados los aspectos más importantes de diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda. No se ha entrado en el análisis detallado de algunas complicaciones tardías, como el pseudoquistes, por cuanto éstas no representan una emergencia inmediata y existe el suficiente tiempo para meditar las decisiones terapéuticas en estos pacientes y referirlos a los centros correspondientes. Se espera de esta forma aportar elementos de juicio para un mejor manejo de los pacientes con esta frecuente y grave enfermedad.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Fitz RH. Acute pancreatitis, a consideration of pancreatic hemorrhage, hemorrhagic, suppurative and gangrenous pancreatitis and of disseminated fat necrosis. *Boston Med Surg J* 1889; 70:181-235.
2. Opie EL. The relation of cholelithiasis to disease of the pancreas and fat necrosis. *Am J Med Sci* 1901; 121:27-30.