



Grupo joven SEPD

Contenido destacado del mes Junio 2020

Pancreatitis crónica

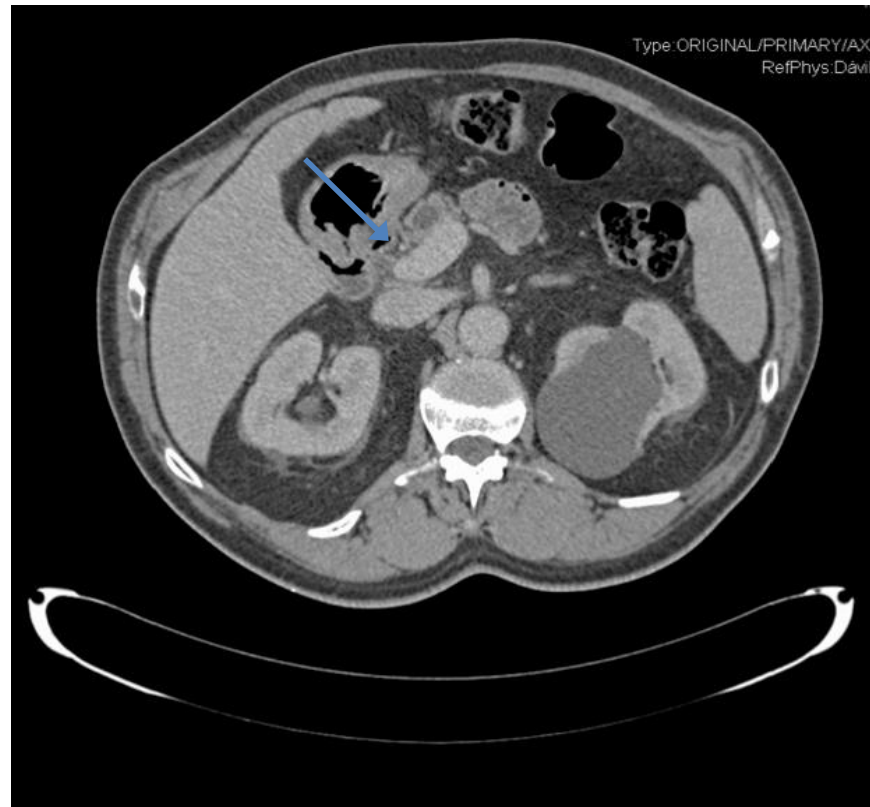
Dra. Rosalía González Miyar y Dra. Belén Agudo Castillo

CASO CLÍNICO

- Varón de 70 años que acude a servicio de Urgencias por dolor abdominal localizado en epigastrio de 24 h de evolución y malestar general. Asocia astenia y pérdida de peso en los últimos 3 meses, así como episodios recurrentes de dolor de similares características, autolimitados. Como antecedentes personales destaca fumador de 20 cigarrillos al día, consumo crónico de alcohol de 60 g/día, diabetes mellitus tipo 2 , hipertensión arterial, fibrilación auricular, insuficiencia renal crónica y colecistectomía hace 15 años.
- **Analíticamente** presenta elevación de amilasa 421.00 U/L (30.0 - 118.0), lipasa 780.00 U/L (30.0 - 118.0) y proteína C reactiva 120 mg/L (0.1 – 10.0), sin otras alteraciones relevantes.

Siguiente

- Se realiza **TC de abdomen** en el que se describe dilatación del conducto pancreático principal hasta 10mm y conducto secundario, en probable relación con dos imágenes de alta densidad de aproximadamente 3mm en cabeza pancreática y proceso uncinado, probables litiasis intraductales.



Siguiente

1. ¿Cuál sería su primera orientación diagnóstica?

Haga click en la respuesta que considere correcta

- a) Pancreatitis crónica reagudizada en relación a la ingesta etílica y al consumo de tabaco. No sería necesario realizar más pruebas.
- b) Pancreatitis crónica de etiología no filiada, se debe realizar estudio genético para descartar mutaciones *PRSS1*, *SPINK1*, *CFTR*, *CTCR*, entre otros.
- c) Dados los hallazgos en el TC abdominal el diagnóstico más probable es un tumor mucinoso intraductal de rama principal, por lo que ampliaría el estudio con una EUS con PAAF.
- d) Pancreatitis crónica reagudizada en relación a la ingesta etílica y al consumo de tabaco. Debemos ampliar el estudio y descartar la presencia de insuficiencia pancreática exocrina (IPE).

¡Respuesta correcta!

d) Pancreatitis crónica reagudizada en relación a la ingesta etílica y al consumo de tabaco. Debemos ampliar el estudio y descartar la presencia de insuficiencia pancreática exocrina (IPE).

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

Comentario

El abuso de alcohol es la causa predominante de pancreatitis en adultos. El paciente consumidor habitual de alcohol, fumador y tiene insuficiencia renal crónica (La ERC estadio 5 también constituye un factor de riesgo para desarrollar pancreatitis crónica). Todos estos antecedentes junto con la imagen en TC nos debería hacer sospechar una pancreatitis crónica como primera posibilidad diagnóstica. Además en la actualidad el paciente presenta dolor en epigastrio y alteración de amilasa y lipasa compatible con pancreatitis aguda.

En el contexto clínico apropiado, la presencia de calcificaciones ductales pancreáticas es patognomónica para el diagnóstico de PC, su visualización mediante TC con contraste de fase portal tiene una sensibilidad moderada pero una especificidad muy alta (cerca del 100%).

La ecoendoscopia (USE) es la técnica de imagen más sensible para el diagnóstico de PC, principalmente durante las primeras etapas de la enfermedad, y su especificidad aumenta con el aumento de los criterios diagnósticos.

En todo paciente con diagnóstico reciente de pancreatitis crónica se debe realizar despistaje de insuficiencia pancreática exocrina (IPE). La determinación de elastasa fecal es una prueba muy simple para la evaluación indirecta y no invasiva de la secreción pancreática.

Siguiente

- Se realiza determinación de elastasa fecal con resultado normal , así como analítica completa con determinación de vitaminas liposolubles, sin evidencia que sugiera IPE. El paciente evoluciona favorablemente en el ingreso y es dado de alta tras 72 h con recomendaciones específicas para abandono de hábitos tóxicos.
- Dos meses después, en consulta, refiere persistencia de dolor abdominal recurrente de predominio postprandial, que no mejora con analgesia convencional. Reconoce disminución importante de consumo de alcohol y abandono de tabaco.

Siguiente

2. ¿Cuál sería ahora su actitud a seguir?

Haga click en la respuesta que considere correcta

- a) Iniciar tratamiento sustitutivo con enzimas pancreáticas y analgesia con opiáceos menores y pregabalina.
- b) Realizar neurolisis de plexo celiaco guiado por ecoendoscopia
- c) Plantearía con el paciente la realización de CPRE para tratamiento de pancreatolitiasis y descompresión del Wirsung.
- d) Valoración en comité multidisciplinar para plantear tratamiento quirúrgico como primera opción.

¡Respuesta correcta!

c) Plantearía con el paciente la realización de CPRE para tratamiento de pancreatolitiasis y descompresión del Wirsung.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

Comentario

El tratamiento de primera línea en los casos en los que existe obstrucción del ducto pancreático principal (litiasis, estenosis) es la terapia endoscópica mediante CPRE o ecoendoscopia. La cirugía se debe considerar en caso de fracaso del abordaje endoscópico. Los pacientes que mejor responden a la terapia endoscópica son aquellos con cálculos obstructivos ubicados en la cabeza del páncreas, en los que se lleva a cabo eliminación completa de la litiasis, en ausencia de estenosis de MPD, con una corta duración de la enfermedad y una baja frecuencia de ataques de dolor antes del tratamiento.

Siguiente

3. Respecto a los factores de riesgo de desarrollar pancreatitis crónica. Señale la correcta:

Haga click en la respuesta que considere correcta

- a) El alcohol y el tabaco son factores de riesgo de desarrollar pancreatitis crónica independientemente de la dosis.
- b) Hasta un 30% de las pancreatitis autoinmunes tienen datos de cronicidad a los 10 años. La diferencia estriba en que en las pancreatitis crónicas secundarias a pancreatitis autoinmune no se desarrollan calcificaciones
- c) La Diabetes mellitus tanto tipo 1 como tipo 2 puede ser causa de pancreatitis crónica, denominada pancreatopatía exocrina diabética. En la histología de esta entidad no se aprecia actividad inflamatoria ni calcificaciones.
- d) Hasta un 70% de las pancreatitis recurrentes muestran datos de cronicidad, sobre todo si se mantienen factores de riesgo como el tabaco o el alcohol.

¡Respuesta correcta!

c) La Diabetes mellitus tanto tipo 1 como tipo 2 puede ser causa de pancreatitis crónica, denominada pancreatopatía exocrina diabética. En la histología de esta entidad no se aprecia actividad inflamatoria ni calcificaciones.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

Comentario

La pancreatitis crónica puede ser tanto causa como consecuencia de DM. La pancreatitis crónica secundaria a DM se denomina pancreatopatía exocrina diabética, dicho término recoge cambios histológicos, morfológicos y funcionales. En cuanto a las alteraciones morfológicas se tratan de páncreas mas pequeños y fibrosos. En relación a las alteraciones histológicas se caracterizan por infiltración grasa, atrofia acinar y por la ausencia de infiltrado inflamatorio y de calcificaciones.

Siguiente

4. En cuanto a los factores de riesgo genéticos de desarrollar pancreatitis crónica. Señale la opción falsa:

Haga click en la respuesta que considere correcta

- a) El gen CFTR tiene una herencia mendeliana autosómica dominante.
- b) Si existen dos mutaciones graves en los dos alelos del gen CFTR se desarrollará Fibrosis quística.
- c) Las manifestaciones clínicas típicas de la fibrosis quística son bronquiectasias, pancreatitis crónica, infertilidad masculina y un test del sudor con un Cl > 60 mEq/L.
- d) Las mutaciones en el gen SPINK 1 son un factor de riesgo genético para el desarrollo de pancreatitis crónicas y aumenta el riesgo en las pancreatitis crónicas alcohólicas.

¡Respuesta correcta!

a) El gen CFTR tiene una herencia mendeliana autosómica dominante.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

Comentario

El gen CFTR tiene una herencia mendeliana autosómica recesiva. Si existen dos mutaciones graves en los dos alelos del gen CFTR se desarrollará la enfermedad conocida como Fibrosis quística, cuyas manifestaciones clínicas típicas son bronquiectasias, pancreatitis crónica, infertilidad masculina y un test del sudor con un Cl $>$ 60 mEq/L. Por el contrario, las enfermedades relacionadas con el CFTR cursan con afectación monorgánica (pancreatitis recurrente o crónica) sin alteración del test del sudor, y se desarrollan como consecuencia de una mutación en uno de los dos alelos.

Siguiente

La pancreatitis crónica se define como un síndrome fibroinflamatorio patológico del páncreas en individuos susceptibles que presenten factores de riesgo ambientales, genéticos, inmunológicos o anatómicos. Las principales causas de PC se recogen en la clasificación TIGAR-O , teniendo especial importancia los factores tóxicos como el tabaco y el alcohol.

El manejo terapéutico de estos pacientes se centra en:

1. Detener la progresión de la enfermedad, tratando factores causales. Es fundamental conseguir el abandono de tabaco y alcohol, puesto que se ha demostrado que tiene un importante impacto en la evolución y progresión de la enfermedad.
2. Manejo sintomático, principalmente control del dolor, y la insuficiencia pancreática exocrina y endocrina en etapas más avanzadas.
3. Prevenir y tratar complicaciones: obstrucción biliar, pseudoquistes, estenosis duodenal.

Siguiente

Si quieres saber más...

- Löhr, J. M., Dominguez-Munoz, E., Rosendahl, J., Besselink, M., Mayerle, J., Lerch, M. M., ... Bruno, M. (2017). United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis (HaPanEU). *United European Gastroenterology Journal*, 5(2), 153–199.

<https://doi.org/10.1177/2050640616684695>.

- Dumonceau J, Delhaye M, Tringali A et al. Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Updated August 2018. *Endoscopy* 2019; 51(02): 179-193. doi:10.1055/a-0822-0832



Grupo joven SEPD

Ha finalizado el caso clínico

Pancreatitis crónica

Dra. Rosalía González Miyar y Dra. Belén Agudo Castillo