



El Reto Clínico del mes Julio-Agosto 2021

Caso pancreatología

Dr. José María Pinazo Bandera

Dra. Aida Ortega Alonso

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA

Antecedentes personales

Varón de 54 años que acude a Urgencias por dolor abdominal epigástrico de instauración brusca en las últimas 24h, irradiado en cinturón, con vómitos asociados, sin fiebre termometrada ni tiritona. Sin antecedentes de interés salvo cólicos biliares de repetición, pendiente de colecistectomía electiva por parte de cirugía general. No toma medicación a diario.

A la exploración: TA 160/100, frecuencia cardiaca 100 lpm. Frecuencia respiratoria: 14 rpm. Buen nivel de conciencia, orientado y colaborador. Auscultación cardiaca normal salvo mínimos crepitantes en ambas bases. Abdomen: blando, doloroso en epigastrio, con defensa voluntaria, sin peritonismo. Murphy negativo. Blumberg negativo. Sin edemas de miembros inferiores.

- En urgencias se realizan varias pruebas complementarias:
 - Rx tórax: mínimo derrame pleural bilateral
 - Analítica de orina: sedimento normal
 - Analítica de sangre: a destacar leucocitosis de 16 000, Creatinina 1.2 mg/dL, urea 60, amilasa 1200 U/L, LDH 360 UI/L, AST 120 UI/L, ALT 144 UI/L, BT 1.2 mg/dL, PCR 12 mg/dL.
 - Ecografía abdominal: normal salvo páncreas edematoso con líquido libre en flancos. Microlitiasis en vesícula biliar, paredes de la vesícula adelgazadas. Murphy ecográfico negativo. Vía biliar no dilatada.

Pregunta 1: ¿Con la información disponible, ¿Cuál de las siguientes opciones consideraría como **CORRECTA**?

- a) Estamos ante una pancreatitis aguda, BISAP 2 a la llegada, se debería ingresar al paciente en dieta absoluta, al menos 72h, y solicitar de forma sistemática una tomografía computarizada de abdomen a las 48-72h.
- b) Estamos ante una pancreatitis aguda, BISAP 2 a la llegada, se debería ingresar al paciente en dieta absoluta (reiniciando la dieta lo antes posible) y asociando antibioterapia de amplio espectro por datos analíticos de colangitis aguda asociada.
- c) Estamos ante una sospecha de cólico biliar complicado con reacción pancreática asociada por lo que realizaría al ingreso una colangiografía magnética.
- d) Estamos ante una pancreatitis aguda, BISAP 3 a la llegada, se debería ingresar al paciente en dieta absoluta, el menor tiempo posible, y según evolución clínico-analítico se optaría por realizar una tomografía computarizada a las 72h del inicio del cuadro.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

d) Estamos ante una pancreatitis aguda, BISAP 3 a la llegada, se debería ingresar al paciente en dieta absoluta, el menor tiempo posible, y según evolución clínico-analítico se optaría por realizar una tomografía computarizada a las 72h del inicio del cuadro.

Siguiente

RESPUESTA 1

- El **diagnóstico** de la pancreatitis aguda es clínico, analítico y radiológico. Se deben cumplir al menos 2 de los 3 siguientes criterios:
 - Dolor abdominal epigástrico, con irradiación hacia espalda en cinturón
 - Analítica con valores de amilasa y/o lipasa ≥ 3 veces el límite superior de la normalidad
 - Alguna prueba de imagen donde se objective inflamación del parénquima pancreático (ecografía, tomografía computarizada, resonancia magnética o ecoendoscopia)
- En nuestro caso clínico el paciente cumplía 3 de 3 criterios, siendo diagnóstico de pancreatitis aguda.

Siguiente

El score de **BISAP** es una escala pronóstica en el momento del ingreso y está compuesta por los siguientes ítems:

- BUN o urea en sangre (BUN >25mg/dL ó urea >54mg/dL)
- Edad >60 años
- Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS), cumpliendo 2 o más de los siguientes:
 - Temperatura $\leq 35^{\circ}\text{C}$ ó $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$
 - Frecuencia cardiaca >90 lpm
 - Frecuencia respiratoria >20 rpm ó PaCO₂ <32 mmHg
 - Leucocitos >12 000 mm³ ó < de 4000 mm³ ó >10% de cayados
- Confusión mental
- Presencia de derrame pleural

Nuestro paciente cumplía tres criterios: derrame pleural, SRIS y urea elevada en sangre.

Siguiente

- Respecto a la **dieta**, cada vez es mayor la evidencia de que se debe iniciar tolerancia lo más precoz posible, siempre y cuando el paciente lo tolere (tenga tránsito intestinal y dolor controlado). Existe suficiente evidencia al respecto de que mantener el ayuno no se traduce en mejores resultados. La vía de elección es la oral, optando por la vía nasogástrica o nasoyeyunal en caso de que no se pueda llevar a cabo la primera; dejando la nutrición parenteral indicada solamente en casos de síntomas obstructivos.
- Respecto a la realización de una **tomografía computarizada abdominal (TC)**, está indicada:
 - Al ingreso, en caso de dudas diagnósticas. No podemos olvidar que otras patologías abdominales agudas pueden cursar con elevación de amilasa (perforaciones de vísceras huecas, isquemia intestinal, embarazo ectópico, colitis isquémica, etc).
 - A las 72h del inicio del cuadro, en caso de pancreatitis agudas con mala evolución al ingreso. El hecho de realizarlo a las 72h es poder identificar la instauración o no de necrosis. Evento, que de confirmarse, cambia el manejo a corto-medio y largo plazo.

Siguiente

CONTINUACIÓN DEL CASO

El paciente evoluciona de forma desfavorable desde el punto de vista clínico, con lenta instauración de la dieta y aumento de reactantes de fase aguda. En la analítica de control a las 48h destaca: leucocitos 14 000, creatinina 0.98 mg/dL, AST 40 UI/L, ALT 53 UI/L, GGT 89 UI/L, FAS 115 UI/L, BT 0.98 mg/dL, PCR 340 mg/dL, PCT 0.05 mg/dL. El paciente experimenta fiebre termometrada de 38.3°C, sin tiritonas. Dolor abdominal controlado.

Siguiente

Pregunta 2: ¿Cuál de las siguientes aseveraciones consideraría FALSA?

- a) Extraería hemocultivos en el momento de la fiebre y descartaría otros focos plausibles (Rx tórax, urocultivo y revisión de vías periféricas para descartar flebitis)
- b) Dado mala evolución de la pancreatitis y aparición de fiebre, solicitaría un TAC de abdomen preferente.
- c) Mantendría dieta oral y no la retiraría salvo aparición de síntomas obstructivos.
- d) Dado que estamos ante una pancreatitis aguda de origen biliar, con evolución tórpida, comentaría caso con Unidad de Endoscopias para la realización de una CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) precoz.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

d) Dado que estamos ante una pancreatitis aguda de origen biliar, con evolución tórpida, comentaría caso con Unidad de Endoscopias para la realización de una CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) precoz.

Siguiente

RESPUESTA 2

En el seno de una pancreatitis aguda, la aparición de fiebre NO siempre es sinónimo de infección puesto que esta entidad no es más que un Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS) donde la fiebre es un signo muy frecuente.

No obstante, ante la aparición de la misma, debemos descartar otros posibles focos: urinario, respiratorio y relacionados con los catéteres; antes de señalar a la pancreatitis como causa de la hipertermia.

La aparición de fiebre/febrícula no es criterio para dejar al paciente en dieta absoluta.

[Siguiete](#)

Respecto a la **CPRE precoz (primeras 72h)** en el seno de la pancreatitis aguda, hay evidencia suficiente para indicar dicho procedimiento endoscópico en caso de datos notorios de colangitis aguda asociada a la misma:

- Ictericia
- Dolor en hipocondrio derecho
- Fiebre termometrada $\geq 38^{\circ}\text{C}$ y/o tiritona (clínica de bacteriemia)
- Sospecha de coledocolitiasis: dilatación de vía biliar extra-intrahepática, imagen compatible con coledocolitiasis en ecografía abdomen.

Sólo en el seno de una colangitis aguda concomitante estaría indicada la realización de una CPRE precoz (<72h). En el caso de nuestro paciente, la sospecha de colangitis aguda es muy baja ya que tiene las enzimas de colestasis disminuidas y el dolor abdominal controlado, por lo que la opción falsa sería la 4.

Siguiente

CONTINUACIÓN DEL CASO

El paciente es diagnosticado de una bacteriemia por catéter secundario a un *Estafilococo aureus* *meticilin-sensible* (SAMS) que responde de forma favorable tras 10 días de tratamiento con cloxacilina y retirada de la vía periférica responsable. En el TC de las 72h se objetivó pancreatitis aguda necrotizante (necrosis del 50% del parénquima) grado E de Balthazar, con colecciones líquidas asociadas peripancreáticas y a distancia. Se inicia pancreatina (Kreon®) a dosis de 50000 UI con las comidas principales, pero el paciente comienza, en torno al día 14 de ingreso, con saciedad precoz y dolor abdominal postprandial. Se realiza nuevo TC a los 16 días de ingreso (adjunto imagen):

[Siguiete](#)

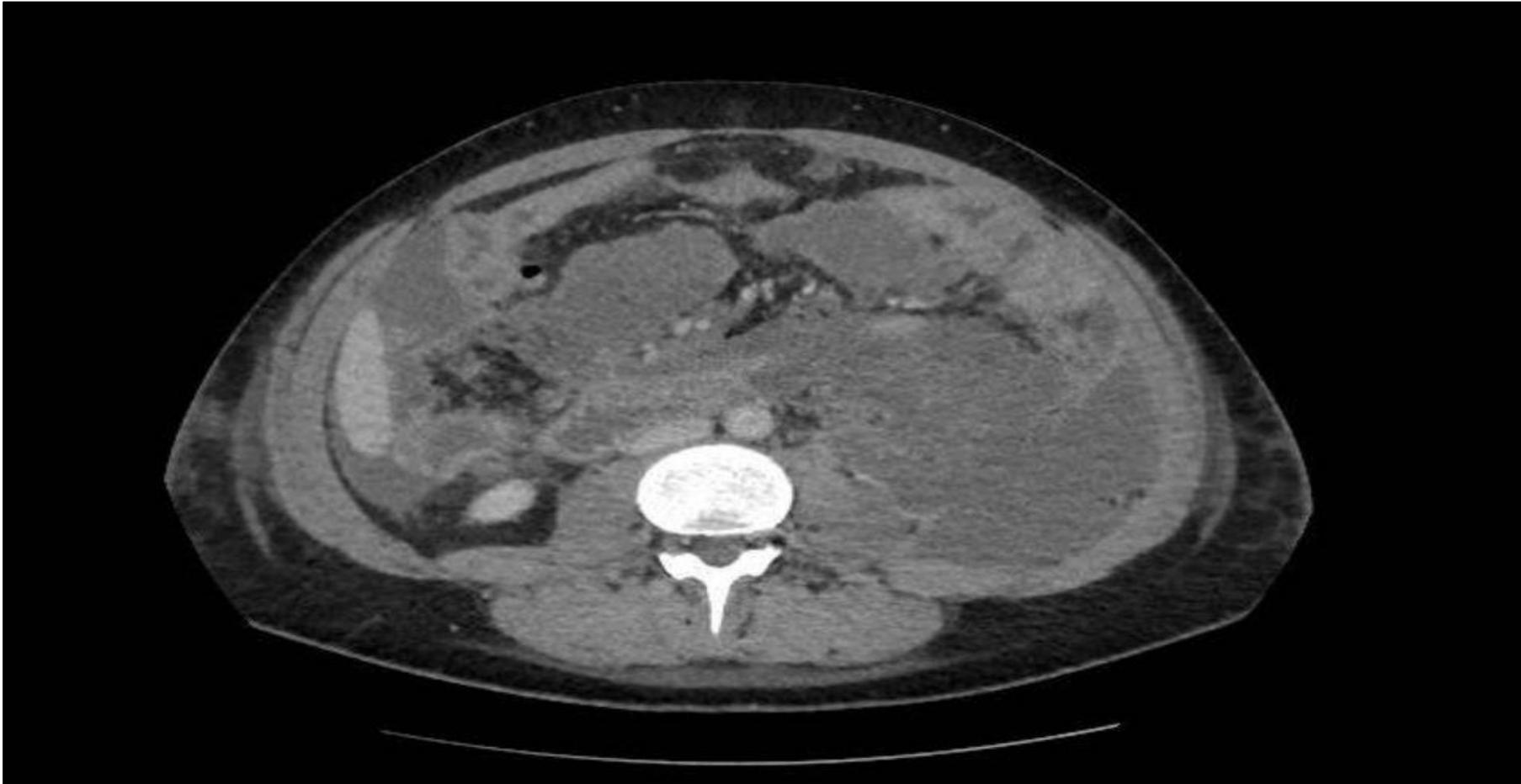


Imagen 1: Tomografía Axial Computarizada abdominal con contraste.

Siguiente

Pregunta 3: Una vez valorada la imagen, ¿Cuál de las siguientes es **CIERTA**?

- a) Estamos ante una colección aguda necrótica (CAN) que está causando un síndrome compresivo sobre asas intestinales, por lo que nos decantaríamos por un drenaje mínimamente invasivo.
- b) Estamos ante un pseudoquiste estéril, por lo que no tiene indicación de drenaje.
- c) Estamos ante una colección aguda peripancreática fluida (CAPF) que mide más de 6 cm por lo que está indicado drenaje mínimamente invasivo.
- d) Estamos ante un walled-off necrosis (WON) que está causando un síndrome compresivo sobre asas intestinales, por lo que estaría indicada la necrosectomía quirúrgica como primera elección.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

a) Estamos ante una colección aguda necrótica (CAN) que está causando un síndrome compresivo sobre asas intestinales, por lo que nos decantaríamos por un drenaje mínimamente invasivo.

[Siguiete](#)

RESPUESTA 3

Las lesiones quísticas post-pancreatitis se clasifican en función a dos criterios: cronicidad y presencia/ausencia de necrosis:

- Colecciones agudas peripancreáticas fluidas (CAPF): son aquellas que se desarrollan <4 semanas y en el seno de una pancreatitis edematosa.
- Pseudoquiste (PQ): se considera pseudoquiste una lesión quística que perdura ≥ 4 semanas desde el inicio de una pancreatitis en ausencia de necrosis.
- Colección aguda necrótica (CAN): aquellas que se desarrollan en las primeras 4 semanas de una pancreatitis aguda necrotizante. Como sucede en el caso presentado.
- Walled-offnecrosis (WON): aquellas lesiones que perduran ≥ 4 semanas de una pancreatitis aguda necrotizante.

[Siguiete](#)

Respecto a la actitud terapéutica a llevar a cabo, ya no depende del tamaño de la lesión quística como sucedía hace años, sino de la presencia de clínica:

- Clínica infecciosa: fiebre
- Clínica obstructiva: vómitos, saciedad postprandial precoz, intolerancia oral (compresión del tubo digestivo) e ictericia (compresión de la vía biliar)
- Clínica de dolor abdominal

El tratamiento de elección en estos caso es el drenaje mínimamente invasivo, siendo válido tanto el drenaje transgástrico (quistogastrostomía mediante prótesis de aposición luminal) como el drenaje percutáneo. Quedando el drenaje quirúrgico relegado a un segundo plano, cuando el paciente no responde al primer escalón. No obstante, las técnicas quirúrgicas son, hoy en día, más refinadas y menos invasivas que antaño, practicándose, cada vez en más centros, el lavado de la cavidad mediante videoretroperitoneoscopia (VARD).

Siguiente

CONTINUACIÓN DEL CASO

Al paciente se le realiza un drenaje percutáneo (ver imagen) drenando un líquido seroso, no purulento, que se envió a Microbiología sin aislar ningún germen.



Imagen 2: Drenaje percutáneo colocado en colección retroperitoneal izquierda.

Siguiente

El paciente evoluciona de forma favorable durante los siguientes 10 días, es dado de alta por mejoría clínica con práctica normalización de los reactantes de fase aguda y con tolerancia oral completa. Se cita en un mes en la Consulta Externa de Pancreatología con nuevo TC de abdomen de control, elastasa fecal y analítica de sangre completa incluido insulina, péptido C y HbA1c.

No obstante, el paciente acude nuevamente al servicio de Urgencias 5 días después, por vómitos e intolerancia oral. Se realiza un nuevo TC Abdominal, observando lo siguiente:



Imagen 3: TC Abdominal urgente por vómitos e intolerancia alimenticia

Siguiente

Pregunta 4: Teniendo en cuenta que en el TC previo al alta, realizado 6 días antes del reingreso, no se objetivaban estos hallazgos, ¿qué prueba complementaria realizaría al paciente una vez ingresado?

- a) Ecografía de abdomen
- b) Colangioresonancia magnética y resonancia de páncreas
- c) Angio-TC abdominal
- d) Angiografía

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

b) Colangiografía magnética y resonancia de páncreas

Siguiente

RESPUESTA 4

Tanto la rápida formación de una nueva colección líquida como la importante necrosis asociada a la pancreatitis nos deben hacer pensar en una disrupción del conducto pancreático principal o conducto de Wirsung, por lo que una colangiografía magnética + resonancia de páncreas de calidad nos podría confirmar la sospecha clínica.

Por tanto, al margen de tratar la nueva colección sintomática (mediante drenaje mínimamente invasivo), si se confirma la existencia de una fuga pancreática, estaría indicada la realización de una CPRE terapéutica para colocar una prótesis pancreática y evitar la fuga de secreciones pancreáticas y, en última instancia, la formación de nuevas colecciones.

[Siguiete](#)

Bibliografía

- 1.- Wu BU, Johannes RS, Sun X, et al.: The early prediction of mortality in acute pancreatitis: a large population-based study. Gut 2008;57: 1698-1703.
- 2.- Layer, P: A simple index on the day of admission which predicts outcome in acute pancreatitis. Gut 2008; 57 (12):1645-6.
- 3.- Banks, Peter A. M.D., M.A.C.G.¹; Freeman, Martin L. M.D., F.A.C.G.² Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology Practice Guidelines in Acute Pancreatitis, American Journal of Gastroenterology: October 2006 - Volume 101 - Issue 10 - p 2379-2400.
- 4.- Boadas J, Balsells J, Busquets J, et al. Valoración y tratamiento de la pancreatitis aguda. Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia, Societat Catalana de Cirurgia y Societat Catalana de Pàncrees. Gastroenterol Hepatol. 2015; 38 (2): 82-96.
- 5.- Baudin G, Chassang M, Gelsi E, et al. CT-Guided Percutaneous Catheter Drainage of Acute Infectious Necrotizing Pancreatitis: Assessment of Effectiveness and Safety. American Journal of Roentgenology 2012 199:1, 192-199.
- 6.- Seth D. Crockett, Wani S, Gardner TB, et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. Gastroenterology 2018; 154: 1096-1101.
- 7.- Arvanitakis M, Dumonceau JM, Albert J, et al. Endoscopic management of acute necrotizing pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) evidence-based multidisciplinary guidelines. Endoscopy 2018; 50 (5): 524-546.
- 8.- Leppänie A, Tolonen M, Tarasconi A, et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. World Journal of Emergency Surgery. 2019: 14:27.
- 9.- Nicolien JS, Hallesleben NDL, Besselink MG, et al. Urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography with sphincterotomy versus conservative treatment in predicted severe acute gallstone pancreatitis (APEC): a multicentre randomised controlled trial. Lancet 2020; 396 (10245): 167-176.

Siguiente



Ha finalizado el caso clínico.

Caso pancreatología

Dr. José María Pinazo Bandera

Dra. Aida Ortega Alonso

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA