

## "PREVENCION SECUNDARIA"

### DIAGNOSTICO PRECOZ

El diagnóstico de la pancreatitis aguda o crónica, como sucede con algunas neoplasias abdominales. Frecuentemente se establece cuando la enfermedad se encuentra en estados muy avanzados. El problema del diagnóstico en parte está relacionado a la localización retroperitoneal del páncreas y a la ayuda relativa de los exámenes de laboratorio y estudios radiológicos.

Un elemento básico para el diagnóstico temprano es la sospecha de patología pancreática siempre que un paciente se quede de dolor, o simplemente, de flatulencia y distensión abdominal.

La necesidad del diagnóstico diferencial temprano radica en el hecho de que la coledocolitiasis, la obstrucción del

esfinter de oddi o conducto pancreático por un cálculo, y la colecistitis aguda acompañada de edema de las vías biliares, pueden desencadenar un episodio de pancreatitis aguda.

Una vez que se sospecha una pancreatitis, las determinaciones de amilasa en sangre y en orina son básicas para el diagnóstico. De estos dos exámenes probablemente la cuantificación de la amilasa en orina, tiene mayor importancia clínica. En la pancreatitis aguda, la amilasa en orina se eleva pocas horas después del inicio del cuadro, y puede permanecer en cifras anormales aún después de que los valores de amilasa sérica se eleva más temprano que la urinaria.

La elevación de la amilasa sérica puede ser mayor durante la primera crisis que en las subsiguientes, aún cuando los ataques posteriores sean de mayor intensidad.

Los cuadros repetidos de pancreatitis destruyen progresivamente la glándula, fenómeno que determina que la síntesis enzimática sea inadecuada. Es conveniente repetir las deter-

minaciones de amilasa sérica varias veces durante las primeras veinticuatro horas, para descubrir el momento en que se produce la elevación.

Si la amilasa se encuentra elevada y alcanza valores por arriba de 1,000 unidades soogyi/100 mililitros es muy probable que la pancreatitis sea secundaria a patología de las vías biliares o del tipo idiopático.

La importancia diagnóstico de la amilasa en orina adquiere mayor significado cuando se establece una relación con la excreción de creatinina.

En los pacientes con macroamilasemia la relación amilasa/creatinina es baja. Si el paciente tiene una ascitis, o un derrame pleural se debe practicar una toracocentesis o parecentesis y si se trata de una pancreatitis aguda se encontrará un alto contenido de amilasa, dato que tiene una gran importancia diagnóstica.

Además de la amilasa y lípidos séricos, es importante

solicitar una biometría hemática completa. Asimismo, la apariencia del suero puede ser significativa. Un hematocrito elevado es señal de peligro debido a la hemoconcentración, es signo de mal pronóstico y es indicación para administrar líquidos en forma masiva.

Una fórmula blanca con leucocitosis, aunque únicamente señala la presencia de un proceso inflamatorio, es útil para seguir el curso de la enfermedad.

Los trastornos de la coagulación son frecuentes. En ocasiones se observan aumentos en el tiempo de coagulación, tiempo de protombina, así como en la disminución del fibrinógeno y factores II, VII y IX. En consecuencia, las pruebas de coagulación son también importantes.

Las determinaciones de electrolitos séricos no sólo permiten al médico corregir las alteraciones de sodio y potasio, sino que también señalan los casos de mal pronóstico

cuando se observa una disminución temprana del calcio sérico. En estos casos, es probable que la amilasa también se encuentre baja.

También es necesario cuantificar la glucosa sanguínea en las etapas iniciales de la pancreatitis aguda. Una vez que el cuadro doloroso ha sido controlado conviene solicitar una curva de tolerancia a la glucosa, ya que no basta con la glicemia en ayunas o una glicemia post-prandial. La glicemia frecuentemente se encuentra elevada en la pancreatitis aguda, aunque la elevación únicamente puede ser transitoria.

Todo estudio integral debe incluir una determinación de nitrógeno de urea. La azotemia es un signo de peligro debido a que se encuentra asociada a mortalidad elevada.

Se pueden solicitar varios estudios de rayos-X, radiografías simples de abdomen de pie y en decúbito para descartar úlcera péptica perforada (gástrica o duodenal), las calcifica-

ciones en la región del colédoco, cabeza o cuerpo del páncreas.

Radiografías de tórax de pie y en decúbito para descartar un derrame pleural, que se presenta en el 20-40 por ciento de los casos de pancreatitis aguda.

La colangiografía intravenosa es útil cuando existe interés en establecer el diagnóstico diferencial entre pancreatitis aguda y obstrucción del colédoco.

Tomografía:- Calcificación en el páncreas.- Serie gastroduodenal:- Presencia de pseudoquistes en el páncreas.

## "TRATAMIENTO OPORTUNO"

DEBE ESTAR ENCAMINADO A:

- 1.- Alivio del dolor;
- 2.- Suprimir la secreción pancreática;
- 3.- Tratamiento del choque;
- 4.- Restablecer el equilibrio hidroeléctrico;
- 5.- Prevenir la infección secundaria; y,
- 6.- Conservar la función cardio-respiratoria.

1.- El tratamiento del dolor es importante, tanto por las molestias propias del enfermo, como por su consecuencia en relación con el choque. La meperidina debe emplearse por su potente efecto analgésico, como por su menor efecto sobre el esfínter de oddi, se recomienda administrar de 100 a 150 miligramos por vía intramuscular con 0.5 a 1 miligramo de atropina con intervalos de 3 a 5 horas.

2.- Inhibición de la secreción pancreática:- Debe suspen-

derse la alimentación por vía oral; la aspiración nasogástrica va a disminuir el estímulo de la secreción pancreática.

Nutrición parenteral dado que el paciente estará, con ayuno por tiempo prolongado (más de una semana), es fundamental este tipo de alimentación, para evitar la estimulación pancreática y permitir el ingreso adecuado de nutrientes.

Diálisis peritoneal:- Se emplea en pancreatitis aguda para eliminar el exudado pancreático que es rico en kininas, y que eleva la producción de histamina.

3.- Tratamiento de choque:- Sobre todo en los cuadros graves de pancreatitis. La pérdida de plasma y la reducción del volumen sanguíneo es importante, y si hay anemia debe administrarse transfusión ya sea de sangre total, de plasma o de paquete de glóbulos



rojos, todo esto administración de líquidos), valorados previamente por presión venosa central, los corticosteroides están indicados solamente en caso de choque, pues se ha visto que ellos pueden dar lugar a pancreatitis.

4.- Establecimiento del equilibrio hidroelectrolítico:- Esto es fundamental y debe de hacerse de acuerdo con las cifras de sodio, potasio, calcio y magnesio en sangre.

5.- Prevención de las infecciones secundarias:- Aún cuando la administración de antibióticos en forma profiláctica, por regla general no es recomendable, en aquellos casos graves de pancreatitis, algunos autores los recomiendan, fundamentalmente los de aspecto amplio.