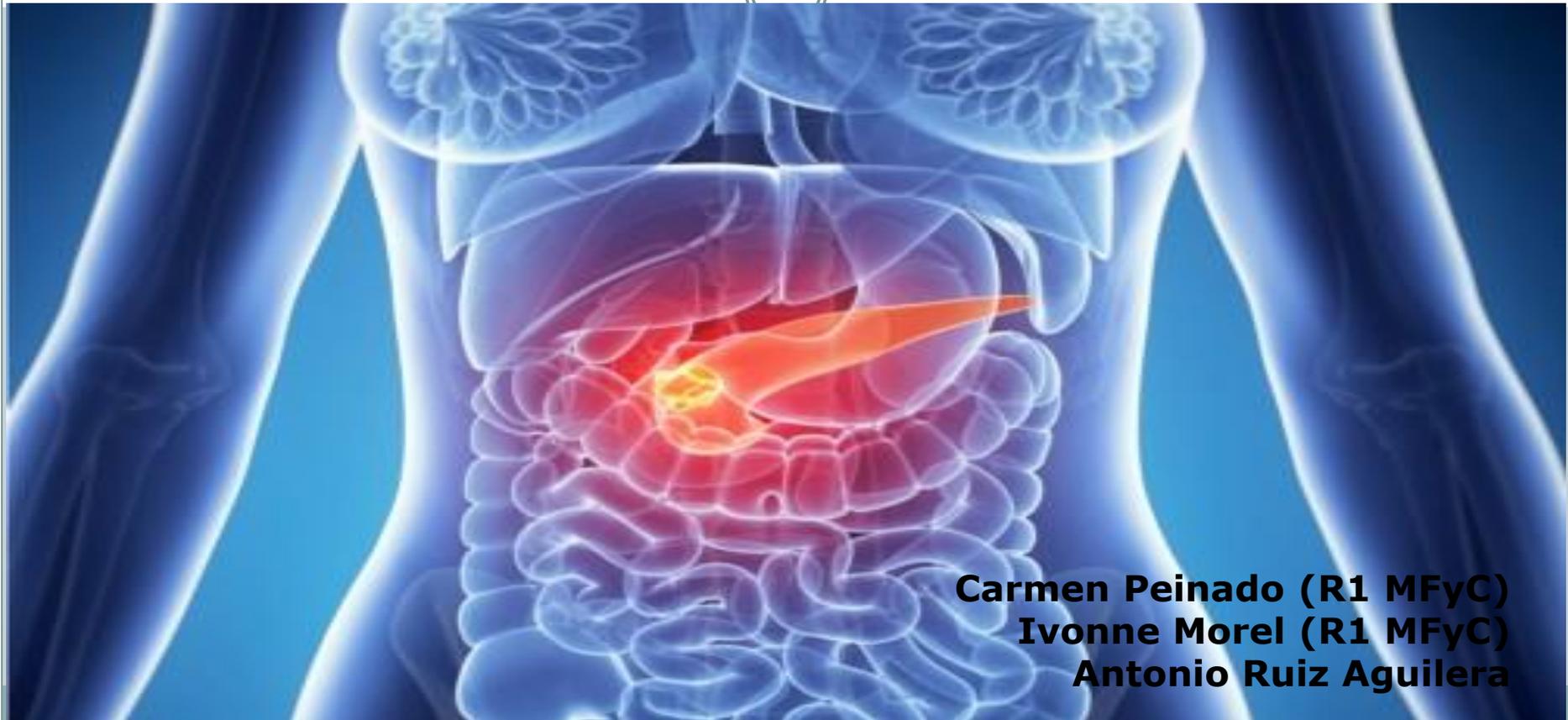


# PANCREATITIS AGUDA

Hospital San Pedro  
Servicio Urgencias



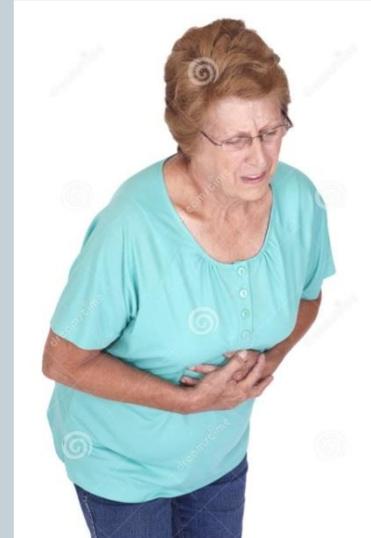
**Carmen Peinado (R1 MFyC)**  
**Ivonne Morel (R1 MFyC)**  
**Antonio Ruiz Aguilera**

# CASO CLÍNICO



- Mujer de 77 años,
- *ANTECEDENTES PERSONALES:*
  - No alergias medicamentosas.
  - No hábitos tóxicos.
  - Hipertensión Arterial.
  - Dislipemia.
  - Trastorno Depresivo.
  - IQ: Cataratas bilaterales.

Tratamiento Habitual: Hidroclorotiazida 50mg/24hr, Lisinopril 20mg/24hr, Orfidal 1mg/24hr, Stilnox 10mg/24hr, Targin 5/2.5mg/12h, Valdoxan 25mg/24hr, Acido Ibandrónico 150mg/mensual.



# CASO CLÍNICO



- **ENFERMEDAD ACTUAL:**

Remitida por su MAP por presentar dolor abdominal de características cólicas en hipocondrio derecho que irradia a la espalda y epigastrio, de 4 días de evolución, acompañado de náuseas y vómitos biliosos, sensación distérmica no termometrada. No clínica miccional.

- **EXPLORACIÓN FÍSICA:**

TA 114/46mmHg, FC 68 lpm, T<sup>a</sup> 36.1 C<sup>o</sup>, SatO<sub>2</sub> 100%.

Consciente y orientada, afebril, eupneica en reposo, buena hidratación y coloración cutánea.

Auscultación cardíaca: tonos rítmicos, sin soplos ni roces pericárdicos.

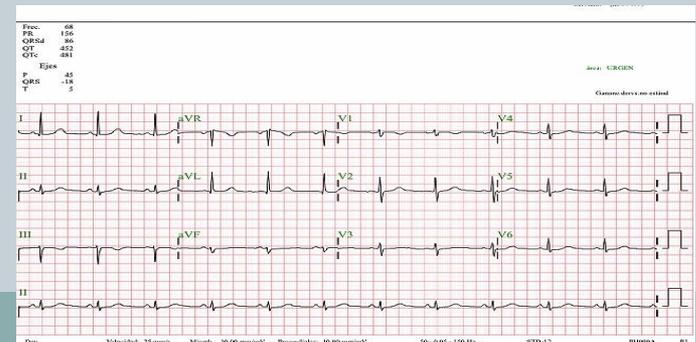
Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado con buena ventilación en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados.

Abdomen: peristalsis conservada, blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, Murphy + dudoso, no masas ni megalias, no peritonismo, PPRB (-).

# CASO CLÍNICO



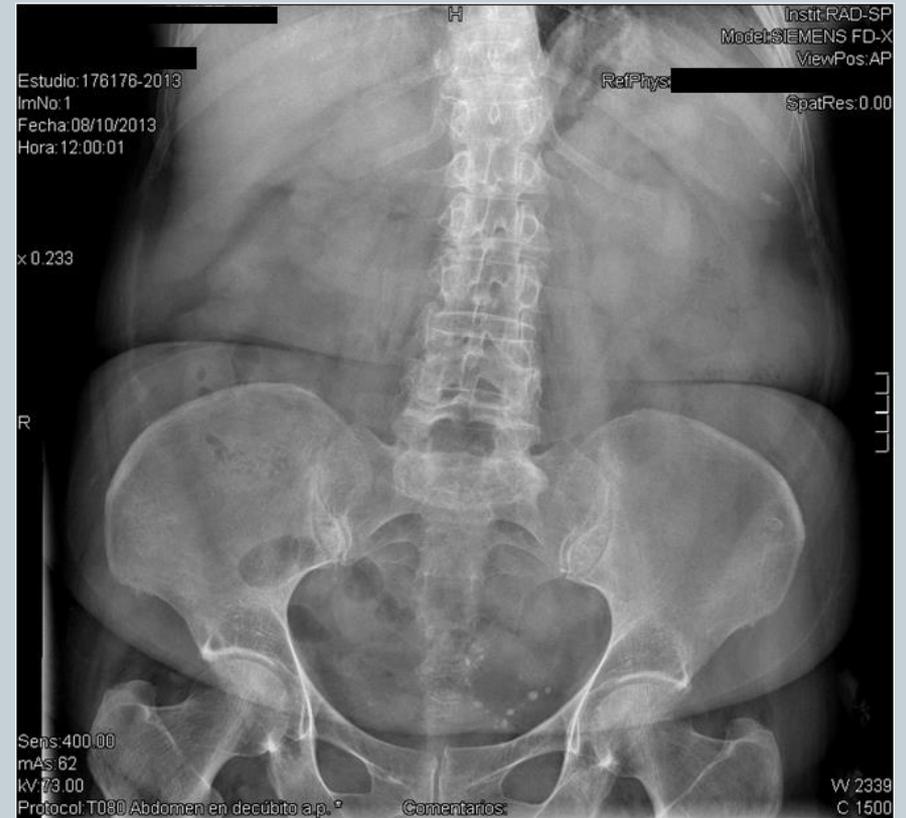
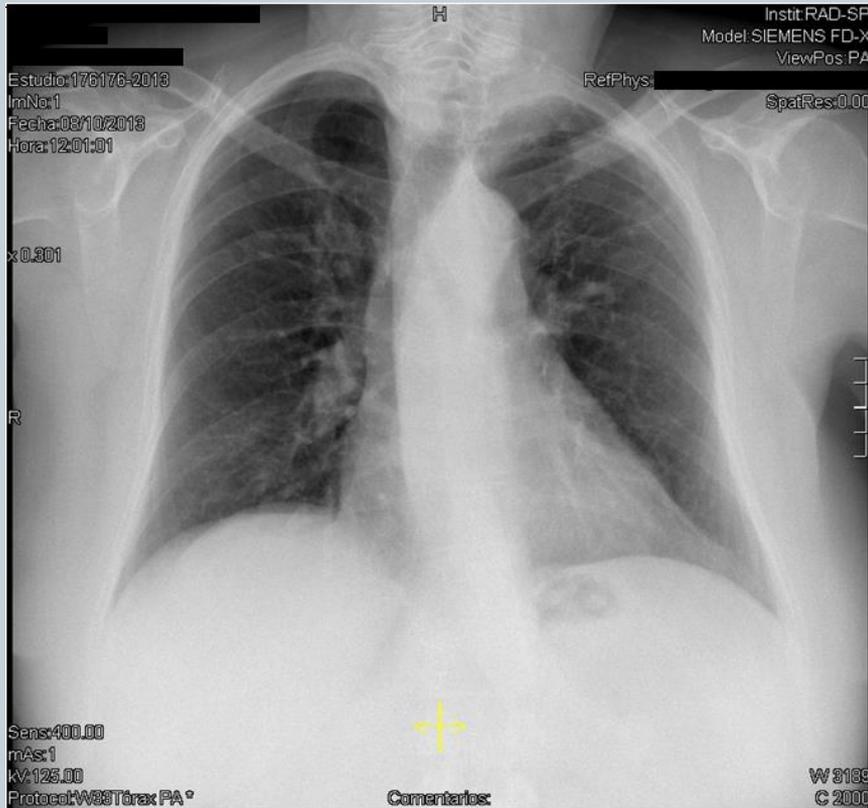
- LABORATORIO:
  - Bioquímica: Glucosa 143, Amilasa 1654, GOT/AST 548, GPT/ALT 410, Bilirrubina Total 1.8, LDH 567, función renal e iones normales.
  - Hemograma: Hb 15, Hcto 43.8%, Plaquetas 222000, Leucocitos 14600, Neutrófilos 83.4%
  - Proteínas: PCR 1.0
  - Coagulación: INR 0.89, TTPA 0.67
  - Gasometría Venosa: pH 7.49, HCO<sub>3</sub> 18, Exceso de base -3.8
  - Sistemático orina: Proteínas 50mg/dL, Bilirrubina 1mg/dL
  - Sedimento orina: hematías 4-10/campo
- ECG: ritmo sinusal, 66 lpm, eje -15°, no alteraciones repolarización.



# CASO CLÍNICO



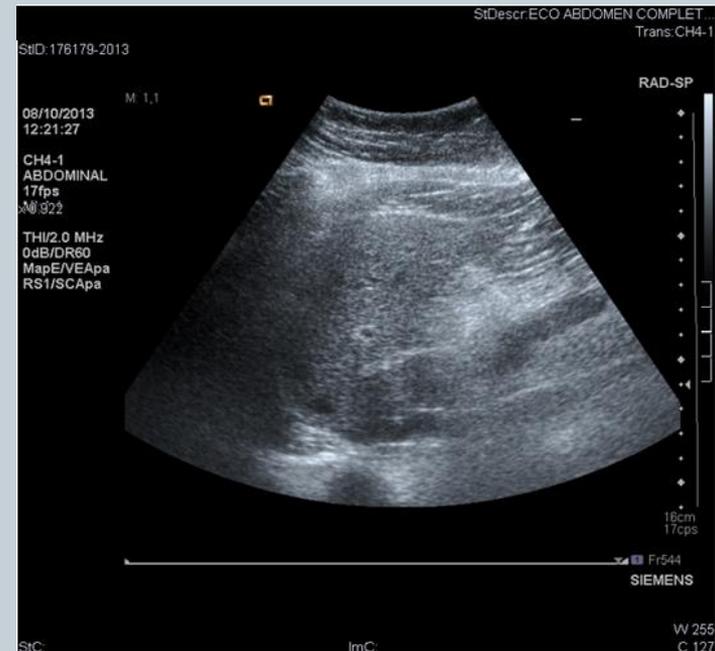
## IMÁGENES



# CASO CLÍNICO



- **ECOGRAFÍA ABDOMINAL:** Parénquima hepático con importante incremento de su ecogenicidad en relación con esteatosis sin lesiones focales. Vesícula biliar distendida y con paredes difusamente engrosadas y Murphy ecográfico dudoso, siendo sugestiva de Colecistitis Aguda. Area pancreática parcialmente valorable y sin hallazgos ecográficos significativos. Resto normal.



# CASO CLÍNICO



- **TRATAMIENTO URGENCIAS:**
  - Dieta Absoluta.
  - Suero salino fisiológico 1000 mL IV.
  - Metamizol 1 amp IV.
  - Primperán 1 amp IV.
  - Omeprazol 1 amp IV.



# CASO CLÍNICO



- ***IMPRESIÓN CLÍNICA:***

Colescistopancreatitis aguda de probable origen biliar  
(Criterio Ranson 3)

- ***PLAN:***

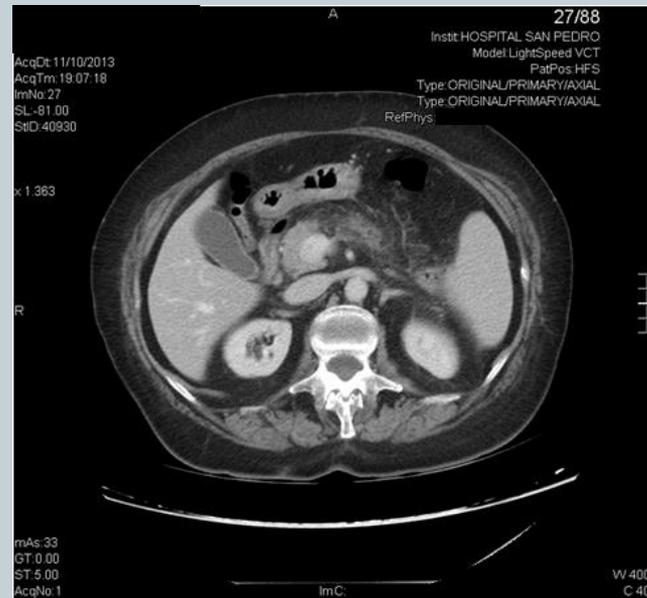
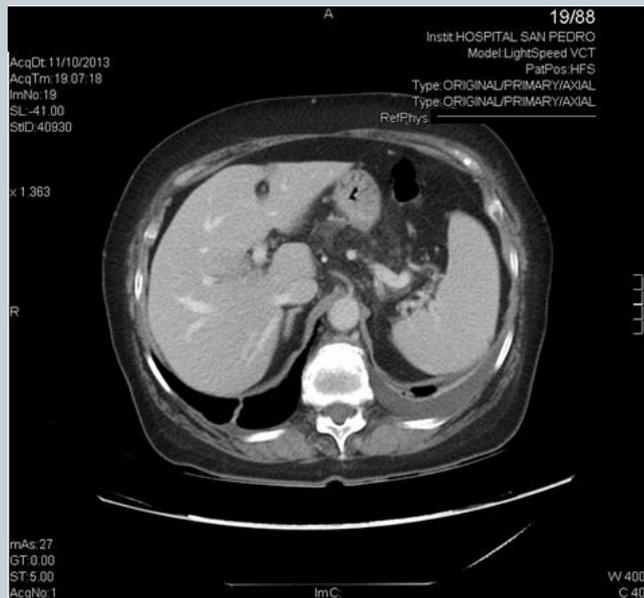
*Ingreso Servicio Digestivo*



# CASO CLÍNICO



- **TAC ABDOMINAL:** Vesícula y vía biliar sin alteraciones. Páncreas de tamaño y morfología normal, sin signos de pancreatitis, sin rarefacción ni líquido libre peripancreático. Leve rarefacción de la grasa alrededor del ángulo esplénico, valorar diverticulitis aguda. Engrosamiento leve fascia pararrenal anterior izquierda probablemente por líquido. Derrame pleural basal izquierdo, mínima cantidad de líquido en recesos pélvicos. Resto normal.



# CASO CLÍNICO



- ***Evolución:***

- Asintomática, estabilidad hemodinámica.
- Antibioterapia Tazocel IV(7d)
- Laboratorio:
  - Amilasa 1654 → 1230 → 36.
  - GOT/AST 548 → 139 → 24.
  - GPT/ALT 410 → 242 → 56.
  - PCR 1 → 82 → 21.

- ***Diagnóstico al Alta:***

- Pancreatitis Aguda Leve
- Colecistitis
- Derrame Pleural Izquierdo
- Diverticulitis Aguda

# PANCREATITIS AGUDA



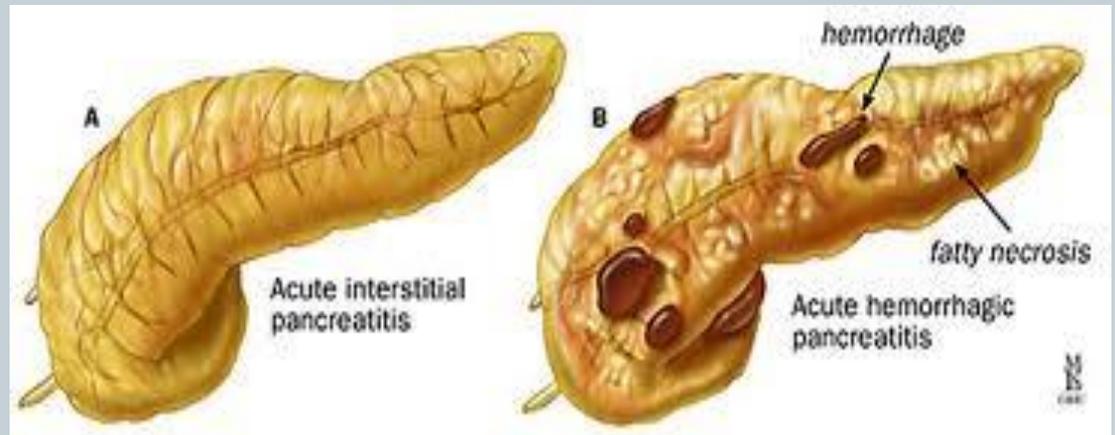
# DEFINICIÓN



*"Proceso inflamatorio agudo del páncreas que se caracteriza por la acción de las enzimas pancreáticas activadas y dolor abdominal, desencadenando una respuesta inflamatoria tisular"*

## Clasificación:

- Leve  
(Edematosa Intersticial)
  
- Grave  
(Necrotizante)



# EPIDEMIOLOGÍA



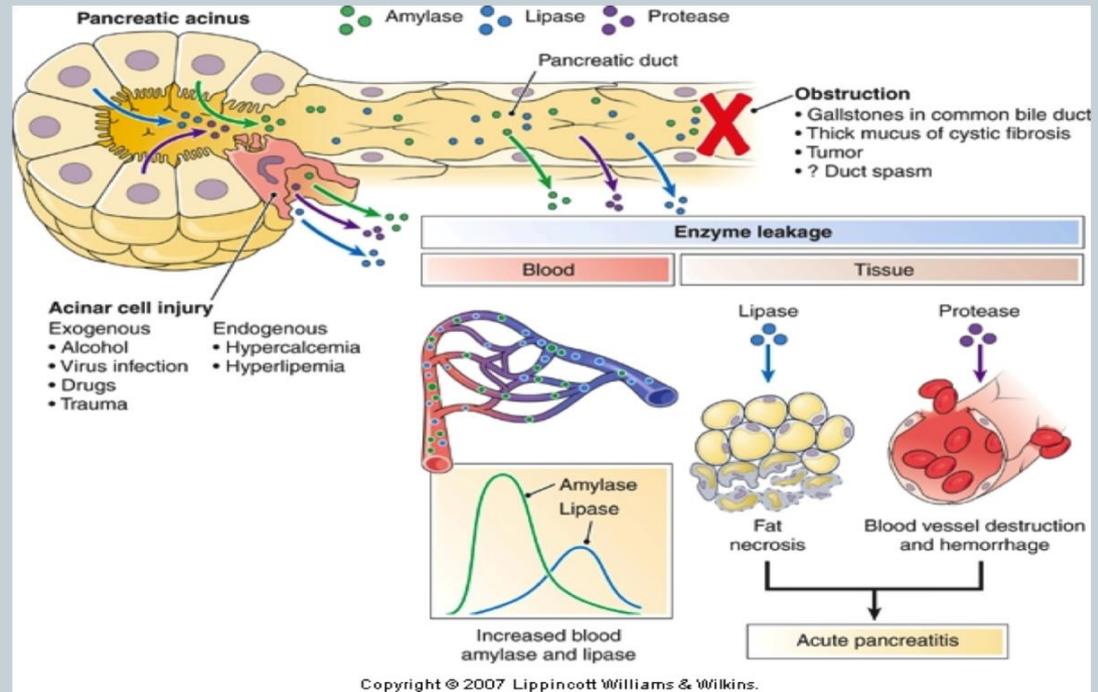
- 5-34 casos/100.000 habitantes/año.
- Mujeres de mediana edad.
- Países Europeos.
- 2% ingresos hospitalarios urgentes.
- Mortalidad global 5% ( 3% intersticial, 17% necrotizante, 30-50% necrosis infectada).



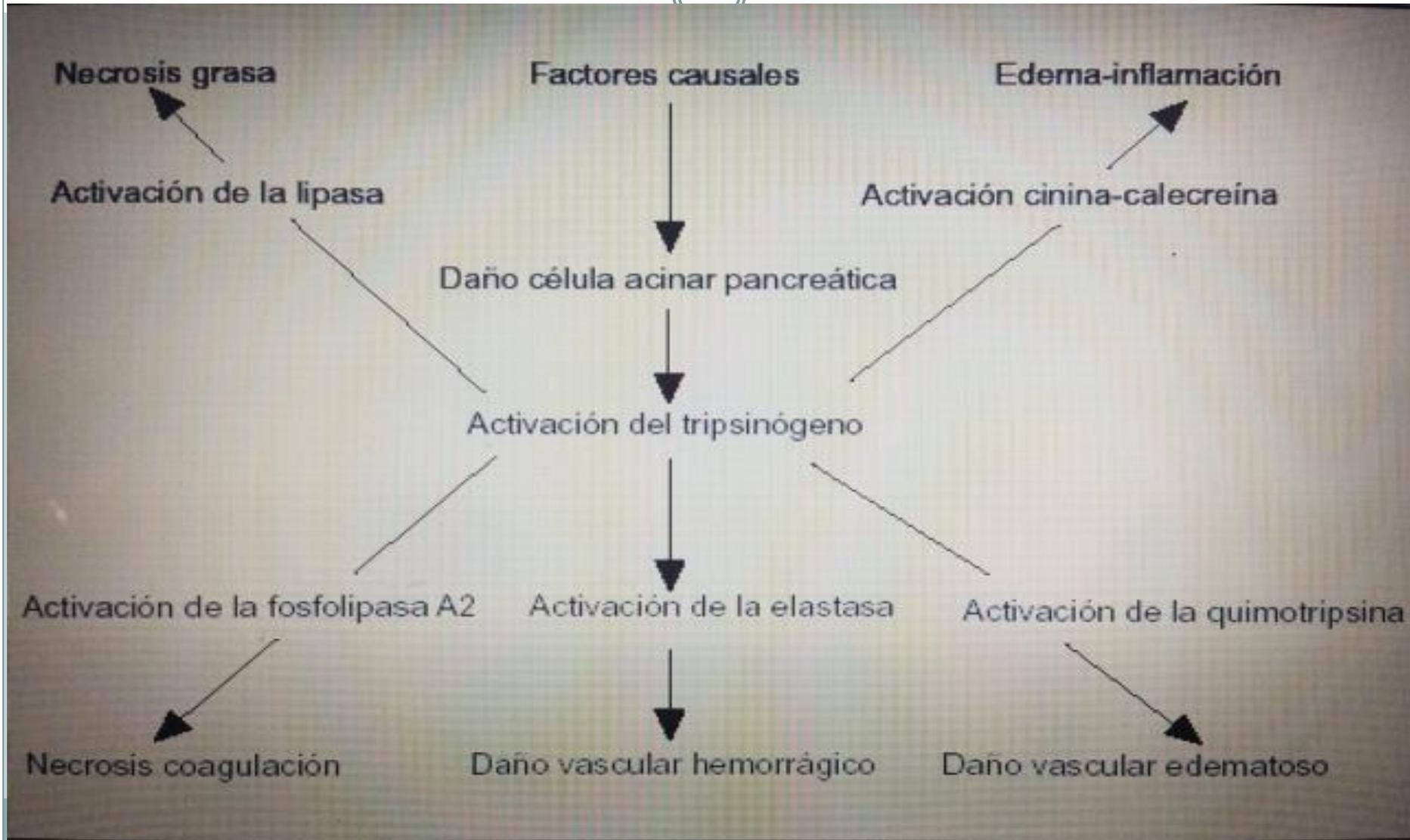
# ETIOPATOGENIA



- *LITIASIS BILIAR*
- *ALCOHOL*
- Trauma abdominal, cirugía, infecciones, hiperlipemias, fármacos, post-CPRE, neoplasia.
- Autoinmune.
- Gestación.
- Idiopáticas



# FISIOPATOLOGÍA



# DIAGNÓSTICO



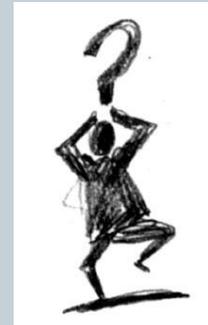
- **CLÍNICA:**
  - **DOLOR ABDOMINAL**
  - Náuseas, vómitos, fiebre.
  - Ileo Paralítico, shock.
- **EXPLORACIÓN FÍSICA:**
  - Signos vitales
  - Exploración Abdominal
  - Signos de etilismo crónico e hiperlipemia.
  - Necrosis grasa subcutánea.



# DIAGNÓSTICO



- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**
  - ❑ **ANALÍTICA:** Bioquímica sanguínea que incluya amilasa, glucosa, urea, creatinina, iones, calcio, proteínas totales, AST, ALT, bilirrubina directa y total, lipasa y PCR. Hemograma con fórmula y recuento leucocitarios. Coagulación.
  - ❑ **GASOMETRÍA ARTERIAL.**
  - ❑ **SISTEMÁTICO Y SEDIMENTO DE ORINA:** sodio, potasio, urea, creatinina y amilasuria.
  - ❑ **RADIOGRAFÍA POSTEROANTERIOR Y LATERAL DE TÓRAX Y ABDOMINAL.**
  - ❑ **ELECTROCARDIOGRAMA**



# DIAGNÓSTICO



## ➤ AMILASA SÉRICA

- ↑ en las primeras 2-12h / Se normaliza en 48-72h
- No relacionada con la gravedad del proceso.
- NO PATOGNOMÓNICO!!
- Su normalidad no excluye en diagnóstico.

## ➤ LIPASA SÉRICA

- ↑ en las primeras 48h / Se normaliza 8-14 días
- Mayor precisión que la amilasa sérica con S:100% y E:99%
- Ante sospecha de pancreatitis tiempo de evolución.

## ➤ CALCEMIA:

- <8 mg pronóstico grave sugiriendo pancreatitis necroticohemorrágica.

## ➤ HEMATOCRITO:

- Sugiere pancreatitis necroticohemorrágica si ↓ > 10 puntos y ↑ > 44%

¡NO  
VALOR  
PRÓNÓSTICO!

# DIAGNÓSTICO



## ➤ COCIENTE DE ACLARAMIENTO AMILASA/CREATININA (Ca/Cr)

$$\text{Ca/Cr} = (A_o \times Cr_s / A_s \times Cr_o) \times 100$$

- Útil cuando la amilasa se encuentra elevada por otras razones.
- Mayor especificidad que la amilasa sérica.
- Permanece elevado más tiempo.
- Posibles valores:
  - <1%: macroamilasemia
  - 1-5% NORMAL
  - > 5%: Pancreatitis aguda, grandes quemados, cetoacidosis diabética, tumores pancreáticos, insuficiencia renal, hepatitis alcohólica aguda y en estados preoperatorios.

# DIAGNÓSTICO



## ➤ *OTRAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:*

### ➤ ECOGRAFÍA ABDOMINAL:

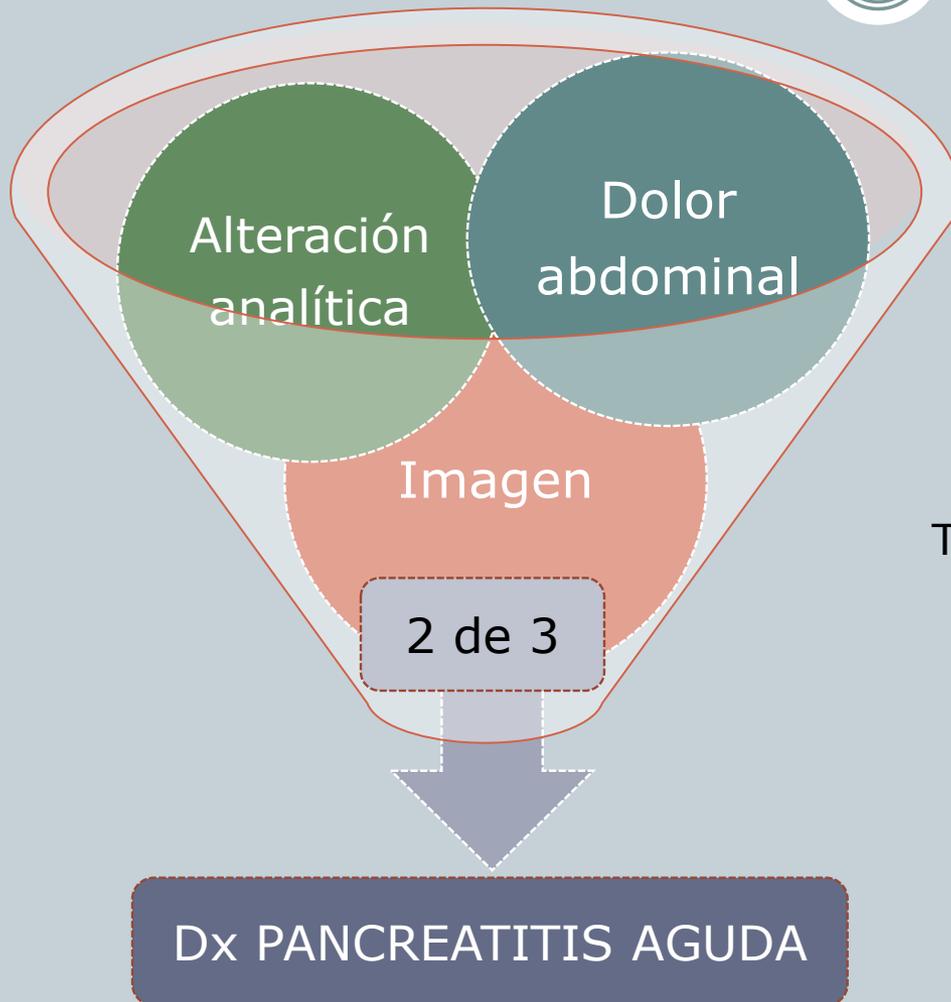
- No aporta mucha información sobre el lecho pancreático.
- Ante duda diagnóstica de posible abdomen agudo.
- Observar líquido peritoneal libre (ascitis pancreática), obstrucción biliar extrahepática y litiasis.

### ➤ TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA ABDOMINAL:

- Mayor sensibilidad y especificidad que la ecografía.
- Capaz de discriminar áreas necroticohemorrágicas en el área pancreática.
- Indicada de urgencia en:
  - Pancreatitis aguda grave.
  - Evolución desfavorable.
  - En casos de duda diagnóstica.



# DIAGNÓSTICO

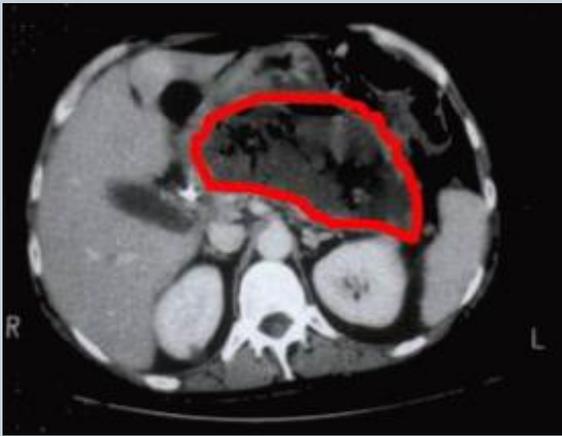


Todo paciente con pancreatitis aguda confirmada requiere ingreso hospitalario.

# COMPLICACIONES



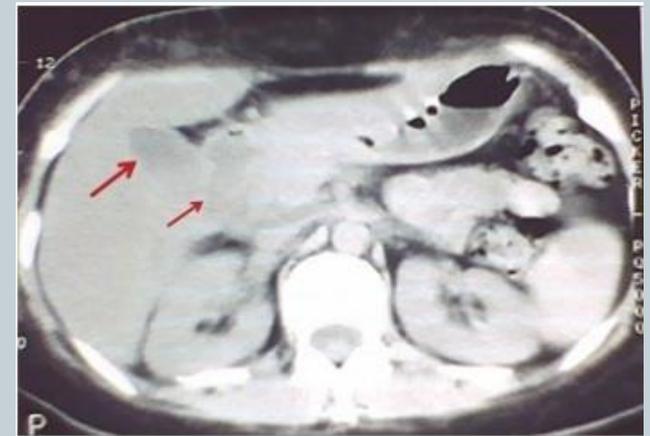
## ➤ LOCALES:



Necrosis pancreática



Pseudoquiste pancreático



Absceso pancreático

## ➤ SISTÉMICAS

# FACTORES PRONÓSTICO DE RANSON

AL INGRESO



NO  
biliar

Biliar

Edad (años)

>55

>70

Leucocitosis (U/mm<sup>3</sup>)

>16.000

>18.000

Glucemia (mg/dL)

>200

>220

LDH (UI/l)

>350

>400

AST (UI/dl)

>250

>250

# FACTORES PRONÓSTICO DE RANSON



A LAS  
48h



NO  
biliar

Biliar

↓ Hematocrito

> 10%

> 10%

↑ BUN (mg/dl)

> 5

> 5

Calcemia (mg/dl)

< 8

< 8

PaO<sub>2</sub> (mmHg)

< 60

< 60

Déficit de base (mEq/l)

> -4

> -5

Secuestro de líquidos (L)

> 6

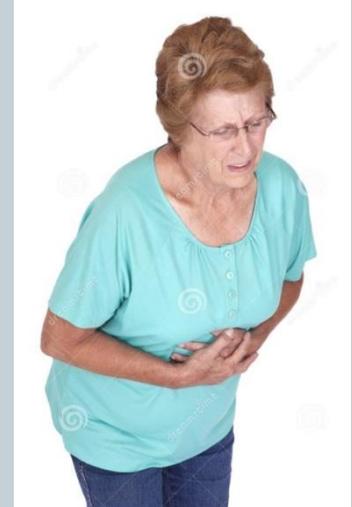
> 6

# En nuestro caso...



- Mujer de **77 años**,
- *ANTECEDENTES PERSONALES:*
  - No alergias medicamentosas.
  - No hábitos tóxicos.
  - Hipertensión Arterial.
  - Dislipemia.
  - Trastorno Depresivo.
  - IQ: Cataratas bilaterales.

Tratamiento Habitual: Hidroclorotiazida 50mg/24hr, Lisinopril 20mg/24hr, Orfidal 1mg/24hr, Stilnox 10mg/24hr, Targin 5/2.5mg/12h, Valdoxan 25mg/24hr, Acido Ibandrónico 150mg/mensual.



# En nuestro caso...



- *ENFERMEDAD ACTUAL:*

Remitida por su MAP por presentar **dolor abdominal de características cólicas en hipocondrio derecho que irradia a la espalda y epigastrio**, de 4 días de evolución, acompañado de **náuseas y vómitos biliosos**, sensación distérmica no termometrada. No clínica miccional.

- *EXPLORACIÓN FÍSICA:*

TA 114/46mmHg, FC 68 lpm, T<sup>a</sup> 36.1 C<sup>o</sup>, SatO<sub>2</sub> 100%.

Consciente y orientada, afebril, eupneica en reposo, buena hidratación y coloración cutánea.

Auscultación cardíaca: tonos rítmicos, sin soplos ni roces pericárdicos.

Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado con buena ventilación en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados.

Abdomen: peristalsis conservada, blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, Murphy + dudoso, no masas ni megalias, no peritonismo, PPRB (-).

# En nuestro caso...



- LABORATORIO:
  - Bioquímica: Glucosa 143, Amilasa 1654, **GOT/AST 548**, GPT/ALT 410, Bllirubina Total 1.8, **LDH 567**, funcion renal e iones normales.
  - Hemograma: Hb 15, Hcto 43.8%, Plaquetas 22000, Leucocitos 14600, Neutrófilos 83.4%
  - Proteínas: PCR 1.0
  - Coagulación: INR 0.89, TTPA 0.67
  - Gasometría Venosa: pH 7.49, HCO<sub>3</sub> 18, Exceso de base -3.8
  - Sistemático orina: Proteínas 50mg/dL, Bilirrubina 1mg/Dl
  - Sedimento orina: hematíes 4-10/campo

CRITERIO DE RANSON 3

# TRATAMIENTO



## ➤ OBJETIVOS:

- Reposo pancreático.
- Estabilización hemodinámica.
- Alivio del dolor.
- Corrección de las alteraciones metabólicas y del equilibrio ácido-básico.
- Profilaxis de la hemorragia digestiva.
- Prevención de procesos infecciosos.



## ➤ MEDIDAS GENERALES

- Vía venosa + Monitorización (FC, TA, diuresis y Sat O<sub>2</sub>)
- Dieta absoluta.
- Sondaje vesical.
- Oxigenoterapia.

# TRATAMIENTO



1. Estabilización hemodinámica
2. Tratamiento analgésico
3. Corrección de las alteraciones electrolíticas
4. Corrección equilibrio ácido-base
5. Profilaxis hemorragia digestiva
6. Profilaxis antibiótica
  - En pancreatitis necrohemorrágica.  
Antes de comenzar recoger hemocultivo y urocultivo.
  - Meropenem 500mg/8h
  - Imipenem 500mg/6h
7. Tratamiento quirúrgico
  - Tratamiento de la causa.
  - Exéresis o drenaje del tejido necrosado en PA necrohemorrágica y de las complicaciones locales.



# BIBLIOGRAFIA



- Navarro S, Ayuso C et al. Recomendaciones del Club Español Biliopancreático para el Tratamiento de la Pancreatitis Aguda. Conferencia de Consenso. Gastroenterología y Hepatología. 2008;31 (6):366-387.
- Jiménez Murillo L, Montero FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación. 4ª Ed. España:Elsevier;2010.p350-355.
- Verona JF. Urgencias Médicas, claves diagnósticas y terapéuticas. España: GSK;2011.p 88-91.
- Vázquez MJ, Casal JR. Guía de Actuación en Urgencias. 4ª ed. España: Esteve;2012.p 208-210.
- Ferrandiz J, Mendoza J. Pancreatitis. Formación Médica Continuada. 2013;20(9):512-523.