

PANCREATITIS AGUDA NECROHEMORRÁGICA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Dr. Alejandro S. Oría

Definición

Se denomina genéricamente "pancreatitis necrohemorrágica" o "necrotizante" a toda pancreatitis aguda asociada con lesiones necróticas o hemorrágicas retroperitoneales. En sentido estricto el término se reserva para los ataques que cursan con disfunciones o fallas orgánicas tempranas y que durante su evolución casi invariablemente desarrollan complicaciones locales.

Diagnóstico

Se debe sospechar una pancreatitis necrotizante en todo ataque que desarrolle tempranamente una respuesta inflamatoria exagerada. Ésta puede ser evaluada mediante el APACHE II (más de 8 puntos en las primeras 24 horas) y los signos de Ranson (más de 3 en las primeras 48 horas). La ecografía no detecta lesiones necróticas; sin embargo, la presencia en la ecografía al ingreso de colecciones líquidas retroperitoneales o intraperitoneales es casi diagnóstica de pancreatitis necrotizante. También una punción guiada por ecografía del líquido intraperitoneal es diagnóstica de pancreatitis necrotizante cuando aquél es de color rojo oscuro o negruzco. La tomografía computada dinámica es el patrón oro para el diagnóstico de la necrosis pancreática, ya que la ausencia completa de perfusión de un segmento glandular es signo inequívoco de necrosis. Sin embargo este método tiene falsos negativos debido a que la lesión puede tardar días en establecerse. Finalmente, tampoco los marcadores séricos, tales como la elastasa polimorfonuclear, interleucina-6 o proteína C reactiva, han demostrado ser eficaces para definir una necrosis significativa debido al elevado número de falsos positivos.

Tratamiento

La pancreatitis necrotizante requiere tratamiento en terapia intensiva. El objetivo principal del tratamiento es la prevención y monitoreo de las disfunciones o fallas orgánicas tempranas. La primera medida es optimizar el transporte de oxígeno y evitar la consiguiente hipoxia. Esto se logra mediante una enérgica reposición de líquidos, la administración de oxígeno mediante máscara o intubación traqueal y el uso de drogas vasoactivas. Es común la necesidad de monitoreo invasivo (catéter de Swan-Ganz) durante la etapa inicial de la reposición líquida. Otras medidas incluyen la analgesia y la nutrición temprana, ya sea por vía enteral o parenteral cuando aquélla no permite una alimentación suficiente. En toda pancreatitis necrotizante está indicada la antibioticoterapia para prevenir la infección secundaria de las lesiones necróticas. En este sentido, el imipenem, la ciprofloxacina y la ofloxacina han demostrado penetrar en el jugo pancreático y son los antibióticos de elección.

Una vez superada la etapa inicial de disfunciones orgánicas (el 10% de las pancreatitis necrotizantes mueren durante este período y se denominan fulminantes) el futuro depende de la evolución local de las lesiones necróticas. Estas han sido clasificadas en necrosis pancreática y peripancreática y colecciones agudas. Las complicaciones de la necrosis son la infección (necrosis infectada), la hemorragia y la perforación visceral. Por su parte las complicaciones de las colecciones agudas son la infección (absceso) y la perforación (libre o en vísceras vecinas). A su vez la colección aguda puede evolucionar a pseudoquiste agudo (más de 4 semanas de evolución) y este a su vez puede infectarse (pseudoquiste infectado) sangrar o perforarse.

Cirugía de las complicaciones locales

Alrededor del 60% de las pancreatitis necrotizantes curan espontáneamente por reabsorción de las lesiones locales. El 40% restante desarrolla complicaciones locales que requieren tratamiento quirúrgico.

Necrosis infectada: El cuadro clínico se caracteriza por una marcada respuesta inflamatoria temprana seguida, en un lapso variable, por sepsis. Durante los primeros diez días del ataque, el diagnóstico diferencial entre necrosis infectada y estéril puede ser imposible debido a que ambas se asocian con fiebre y leucocitosis, hiperdinamia circulatoria y eventualmente disfunciones orgánicas. Durante este período sólo la presencia de gas en la tomografía o la bacteriología percutánea pueden hacer el diagnóstico. Más allá de los diez días, la persistencia de la respuesta inflamatoria o la aparición de una respuesta inflamatoria tardía, luego de un período variable de desactivación inflamatoria, sugieren la presencia de una necrosis infectada. La oportunidad quirúrgica ideal es más allá de la segunda o tercera semana, cuando las lesiones están bien demarcadas y son aptas para la necrosectomía; sin embargo la sepsis puede obligar a una intervención quirúrgica más precoz. El tratamiento es la necrosectomía y drenaje de los espacios retroperitoneales afectados. Existen dos métodos para drenar el retroperitoneo luego de la necrosectomía: cierre del abdomen dejando tubos para lavado local postoperatorio y reoperaciones programadas cada 48-72 horas dejando el abdomen abierto. La principal desventaja del cierre primario es el alto índice de reoperaciones secundarias por sepsis recurrente (40%). Por esta razón su empleo está en nuestra experiencia limitado a los casos operados más allá de la tercera semana en los que se puede realizar una necrosectomía completa y el riesgo de sepsis recurrente es menor. Las complicaciones de la necrosectomía son numerosas y variadas. Las más graves son las lesiones vasculares y las fístulas intestinales. Ambas pueden ser consecuencia directa de la necrosis o de las maniobras de necrosectomía. Las fístulas pancreáticas externas, aunque numerosas cierran por lo general espontáneamente. La incidencia de candidiasis sistémica es superior al 30% y debe sospecharse en todo paciente que a pesar de una resolución completa de las lesiones continúa con evidencias de sepsis.

Absceso: Es una colección circunscripta de pus con mínima o ninguna necrosis asociada y por lo general ubicada lejos del páncreas. Generalmente resulta de una colección aguda infectada y su tratamiento es el drenaje percutáneo.

Seudoquistes agudos: Es una colección de jugo pancreático originada por necrosis inflamatoria ductal, rodeada por una pared bien definida y frecuentemente asociada con necrosis glandular significativa. Los seudoquistes agudos mayores de 6 cm deben ser operados electivamente debido al riesgo de hemorragia, infección o perforación. El tratamiento indicado es la necrosectomía completa asociada con una anastomosis cistoyeyunal o cistogástrica. La necrosectomía debe ser realizada mediante asistencia videoendoscópica, lo cual permite la necrosectomía completa y asegura una buena hemostasia. La hemorragia en un seudoquiste agudo requiere laparotomía para hemostasia, necrosectomía y drenaje abierto. También la necrosectomía con drenaje abierto es el tratamiento de elección para el seudoquiste agudo asociado con necrosis significativa. La perforación espontánea de un seudoquiste agudo en el estómago puede curar espontáneamente o requerir cirugía si ocurre infección secundaria de la necrosis asociada. Finalmente, la perforación de un seudoquiste agudo en cavidad libre origina una peritonitis grave que requiere cirugía urgente. En caso de peritonitis localizada, el drenaje percutáneo de la colección puede mejorar la situación clínica del paciente hasta la cirugía definitiva.