

# **Pancreatitis crónica. Definición, clasificación, diagnóstico y tratamiento**

**Dr. Lázaro Quevedo Guanche<sup>1</sup>**

## **1. DEFINICIÓN**

Entidad clínica caracterizada por dolor abdominal persistente o recurrente, que puede acompañarse de insuficiencia pancreática exocrina y/o endocrina.

Desde el punto de vista anatomopatológico hay destrucción irreversible del parénquima pancreático que se expresa por pérdida acinar, reducción del tejido glandular, fibrosis proliferativa, calcificación y estenosis ductal, todo lo cual obedece a diversas causas.

## **2. CLASIFICACIÓN**

Según su etiología, ésta puede ser:

2.1 Nutricional: es la más común, y es producida por:

- 2.1.1. Ingestión de alcohol (se asocia con la dieta rica en proteínas y grasas).
- 2.1.2. Dieta deficitaria en proteínas y oligoelementos.

2.2. Metabólica: está relacionada con el hiperparatiroidismo.

2.3. Por anomalías del conducto pancreático: Páncreas divisum, cicatrices, estenosis y tumores.

2.4. Secundaria a trauma pancreático: Rara.

2.5. Hereditaria: Rara

2.6. Idiopática: Constituye más del 30% de todos los casos.

2.7. Inmunológica.

## **3. DIAGNÓSTICO**

Se establece por:

3.1. Antecedentes:

- 3.1.1. Haber presentado una de las causas frecuentes de la enfermedad.
- 3.1.2. Dolores epigástricos en forma de crisis, alternando con períodos asintomáticos.
- 3.1.3. Diarreas.
- 3.1.4. Es más frecuente en la cuarta y quinta década de la vida.
- 3.1.5. La pancreatitis crónica alcohólica es más frecuente en el hombre.

### 3.2. Síntomas y signos:

3.2.1. Caracterizados principalmente por dolor (presente en el 75 % de los pacientes), que puede aparecer en forma de:

- 3.2.1.1. Dolor paroxístico de evolución lenta y progresiva, localizado en el abdomen superior y no causado por enfermedad ulcerosa o de las vías biliares.
- 3.2.1.2. Cólicos persistentes en abdomen superior, que se alivian sólo con opiáceos.
- 3.2.1.3. Cólicos a repetición en abdomen superior, acompañados de notable pérdida de peso.
- 3.2.1.4. Crisis de cólicos en abdomen superior acompañados o seguidos de derrame pleural o escasos signos peritoneales.
- 3.2.1.5. Dolor epigástrico con irradiación hacia el hipocondrio izquierdo, flanco izquierdo y a la espalda, que induce a posiciones antálgicas características, como la posición en plegaria mahometana.

3.2.2. Diarrea en forma de esteatorrea, dependiente del grado de insuficiencia pancreática (10 % de los pacientes).

3.2.3 Trastornos de la absorción de las vitaminas D y K (raro).

3.2.4 Vómitos por obstrucción pilórica o duodenal, debidos a compresión por hipertrofia de la cabeza del páncreas.

3.2.5 Ictericia de intensidad variable, acompañada o no de fiebre (compresión coledociana por retracción cicatrizal o pseudoquistes).

3.2.6 Pérdida de peso, condicionada por el temor a ingerir alimentos o por la esteatorrea.

3.2.7 Hematemesis o melena, por úlcera duodenal concomitante o por compresión del sistema portal (hipertensión portal segmentaria, con frecuencia a causa de trombosis de la vena esplénica).

3.2.8 Síntomas de diabetes mellitus (complicación tardía que se presenta en más de un tercio de los pacientes y que frecuentemente requiere del uso de insulina).

3.2.9 Palpación posible de una tumoración ubicada en el hemiabdomen superior.

3.2.10. Síndrome depresivo.

### 3.3. Exámenes Complementarios

#### 3.3.1. Exámenes de laboratorio

3.3.1.1. Determinación de enzimas pancreáticas (en sangre y en orina): isoamilasa, lipasa, tripsinógeno inmunoreactivo: se han detectado

concentraciones bajas de estas enzimas en la pancreatitis crónica.

3.3.1.2. Determinación del polipéptido pancreático en sangre: bajo en pancreatitis crónica avanzada.

3.3.1.3. Prueba del pancreolaurilo: se determina en orina, o en suero, marcado con fluoresceína. Está elevado.

3.3.1.4. Prueba de la bentiromida: similar a la del pancreolaurilo, mide el PABA urinario o sérico, el cual puede estar aumentado

3.3.1.5. Dosificación de grasas en heces fecales, según el método de Van de Kamer. Se considera que existe esteatorrea cuando hay más de 7 g de grasas en 24 horas, después de comidas ricas en aquéllas.

3.3.1.6. Determinación de enzimas pancreáticas fecales:

Quimotripsina y elastasa 1. Sus concentraciones pueden ser bajas en la pancreatitis crónica.

3.3.1.7. Prueba de secreción exocrina pancreática mediante sondeo duodenal. Es un método muy sensible y preciso. Mide volumen del jugo pancreático, concentración de bicarbonato y concentración de enzimas pancreáticas, parámetros que estarán disminuidos. Esta prueba puede ser estimulada con la administración de secretina y pancreocimina.

3.3.1.8. En presencia de ictericia, diabetes o calcificaciones, se debe realizar:

- a. Bilirrubina sérica.
- b. Fosfatasa alcalina.
- c. Gammaglutamiltransferasa.
- d. Tiempo de aparición de la bromosulfaleína en la bilis.  
Normal: eliminación entre 8 min – 20 min.
- e. Calcio sanguíneo y urinario.
- f. Fósforo sanguíneo.
- g. Glicemia.
- h. Prueba de tolerancia a la glucosa.
- i. Insulina, péptido C y glucagón en sangre.
- j. Determinación del cloro y el sodio en el sudor. Resultado patológico: valores por encima de 70 mEq/l.
- k. Dosificación de lípidos plasmáticos.

### 3.3.2. Exámenes imagenológicos:

3.3.2.1 Radiografía de abdomen simple: para determinar si existen calcificaciones pancreáticas. Está indicada si no contamos con otros medios de diagnóstico.

3.3.2.2 Radiografía de esófago, estómago y duodeno (con duodenografía hipotónica). Se indicaría en la misma situación del examen anterior.

3.3.2.3 Ultrasonido abdominal (sensibilidad de 60 – 80%). Es la primera investigación que debe realizarse, ya que no es caro ni invasivo y está disponible en casi todos los lugares.

3.3.2.3. Ultrasonido endoscópico (sensibilidad de 88% y especificidad de 100%).

3.3.2.4. Tomografía axial computarizada espiral o helicoidal: (sensibilidad entre 56 – 95%). La dilatación irregular del conducto pancreático de más de 4 mm es un signo patognomónico de pancreatitis crónica.

3.3.2.5. Resonancia magnética con colangiopancreatografía (colangiorrsonancia). Tiene similar sensibilidad y especificidad que la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y es más inocua.

3.3.2.6. Arteriografía selectiva (con fase venosa). Indicada sólo en casos seleccionados.

3.3.3. Exámenes endoscópico – radiográficos: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (sensibilidad de más del 90 %). Permite visualizar las alteraciones del conducto pancreático principal típicas de la pancreatitis crónica como: dilatación, litiasis, irregularidades, estenosis en cadena de lagos y pseudoquistes., así como realizar papilotomías y colocar endoprótesis.

## 4. TRATAMIENTO

### 4.1. Médico

4.1.1. Durante las crisis agudas. (Ver en este manual: pancreatitis aguda).

4.1.2. Fase de remisión:

4.1.2.1. Dieta: comida ligera frecuente, pobre en residuos y grasas.

4.1.2.2. Abstinencia total del consumo de alcohol.

4.1.2.3. Control de la insuficiencia exocrina (esteatorrea). Se realiza con enzimas pancreáticas exógenas suplementarias:

a. 30 000 uds de lipasa después de las comidas.

b. 10 000 uds de tripsina después de las comidas.

c. Antagonistas de los receptores H2 (ranitidina, cimetidina). Para disminuir la degradación de las enzimas pancreáticas exógenas por la acidez gástrica

4.1.2.5. Control de la insuficiencia endocrina: Tratamiento insulínico cuando es necesario.

4.1.2.6. Vitaminas A, D, K y B-12.

4.1.2.7. Calcio oral o inyectable.

4.1.2.8. Control del dolor:

a. Enzimas pancreáticas exógenas en altas dosis, para poner al páncreas en reposo.

b. Analgésicos no opioides: acetaminofen, tramadol, A.I.N.E. y otros.

c. Analgésicos opioides: Morfina, Codeína.

4.1.2.9. Bloqueo del plexo celíaco por vía percutánea: guiada por ultrasonido convencional o esplanicectomía química guiada por ultrasonido endoscópico.

4.2. Procedimientos endoscópicos: Por vía de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

4.2.1. Tratamiento de las estenosis del conducto pancreático:

4.2.2. Dilatación de las estrecheces, mecánica o neumática.

4.2.3. Colocación de sondas – férulas (7-10 f) durante un período de 6 – 12 meses.

4.2.4. Tratamiento de los cálculos pancreáticos:

4.2.4.1. Extracción de los cálculos.

4.2.4.2. Litotricia extracorpórea. Se utiliza para fragmentar los cálculos y favorecer su extracción.

4.2.5. Tratamiento de las fístulas pancreáticas: Colocación de sondas férulas transpapilares más allá del sitio de la lesión.

4.2.6. Drenaje endoscópico de los pseudoquistes:

4.2.6.1. Vía transmural: a través de una pared común entre el pseudoquiste y el estómago o duodeno (se pueden colocar catéteres JJ hasta la resolución del pseudoquiste).

4.2.6.2. Vía transpapilar (se colocan drenes nasoquísticos a través del defecto del conducto, se dejan por varios días y luego se colocan férulas que se mantienen en esa posición hasta la solución del quiste).

4.2.6.3. Vía laparoscópica.

4.2.7. Tratamiento endoscópico de la obstrucción biliar en caso de estar presente: dilatación y colocación de endoprótesis autoexpandibles o no.

4.3. Tratamiento quirúrgico

4.3.1. Indicaciones:

4.3.1.1. Dolor intenso y resistente al tratamiento médico y/o endoscópico (el más importante).

4.3.1.2. Pseudoquistes que no se puedan resolver por métodos endoscópicos.

4.3.1.3. Complicaciones de los órganos adyacentes:

a. Estenosis del colédoco distal, que no se pueda solucionar por vía endoscópica.

b. Estenosis duodenal segmentaria, que no se pueda resolver por vía endoscópica.

c. Hipertensión portal segmentaria (relativa).

4.3.1.4. Pseudoquistes pancreáticos no accesibles al tratamiento endoscópico.

4.3.1.5. Fístulas pancreáticas internas y ascitis pancreática.

4.3.1.6. Sospecha de lesión maligna.

4.3.1.7. Deterioro progresivo del paciente.

4.3.1.8. Cuando se asocie a hiperparatiroidismo (rara).

#### 4.3.2. Procedimientos operatorios

4.3.2.1 Proceder para el control del dolor: Esplancnicectomía toracoscópica: ha recobrado interés en la actualidad por su relativa sencillez, puede tener algún papel en individuos que no tengan el conducto pancreático principal dilatado.

4.3.2.2 Proceder sobre la ampolla: Esfinteroplastia transduodenal.

Puede estar indicada en pacientes con estenosis de la papila, en aquellos centros que no cuenten con la posibilidad de realizar la esfinterotomía por vía endoscópica

4.3.2.3. Procederes de drenaje ductal simple: su empleo se fundamenta por el hecho de que: 40 – 60% de los pacientes con pancreatitis crónica tienen ectasia ductal, mediante ellos se puede realizar extracción de los cálculos pancreáticos, tienen baja morbimortalidad. Estos son:

a. Pancreatectomía distal limitada y pancreatoyeyunostomía término terminal en Y de Roux (Duval).

b. Pancreaticoyeyunostomía latero lateral longitudinal (Puestow y Gillesby modificada por Partington y Rochelle). Actualmente es el proceder más utilizado.

c. Siempre que se realice un proceder de drenaje debe tomarse biopsia de los bordes del conducto de Wirsung abierto o de la cola del páncreas seccionada.

4.3.2.4. Procederes de resección: estarían indicados en las siguientes situaciones: en el 15 – 49% de los pacientes que continúan con dolor después de los procederes de drenaje, en los casos de tumoración inflamatoria de la cabeza del páncreas, cuando hay sospecha de malignidad y en los pacientes con pancreatitis crónica que cursan sin dilatación de los conductos pancreáticos. Ellos son:

a. Pancreatectomía distal limitada de 40 – 80%.

b. Pancreatectomía subtotal de 95% (Child).

c. Las dos anteriores pueden asociarse a autotrasplante de páncreas segmentario o de islotes.

d. Pancreatoduodenectomía convencional (Whipple).

e. Pancreatoduodenectomía con conservación del píloro (Traverso-Longmire).

f. Pancreatectomía total con resección o preservación del duodeno.

4.3.2.5. Procederes de drenaje extendido: están indicados sobre todo en pacientes con tumor inflamatorio de la cabeza del páncreas y combinan las ventajas de las técnicas de drenaje con las de resección, aunque su uso no está muy generalizado en la actualidad. Son los siguientes:

- a. Resección de la cabeza del páncreas con preservación de duodeno (Beger).
- b. Pancreaticoyeyunostomía longitudinal L – L con resección local de la cabeza del páncreas (Frey).

4.3.2.6. Si no se ha podido estudiar el conducto pancreático principal preoperatoriamente, debe realizarse transoperatoriamente una pancreatografía de las siguientes maneras: Localizando y puncionando el conducto de Wirsung dilatado, seccionando la cola del páncreas y efectuándola retrógradamente, o abordando dicho conducto a través de la papila de Vater.

4.3.2.7. En los pacientes que presenten estenosis de la papila y del colédoco distal y no se les practique una resección del área de la cabeza pancreática se les puede realizar una coledocoduodenostomía.

4.3.2.8. La selección de cada una de estas técnicas se basa en la localización y extensión de la enfermedad, características del conducto de Wirsung, sospecha o no de malignidad, la presencia o ausencia de insuficiencia pancreática endocrina y/o exocrina, así como en la preferencia del cirujano.