

CASO CLÍNICO PANCREATITIS AGUDA

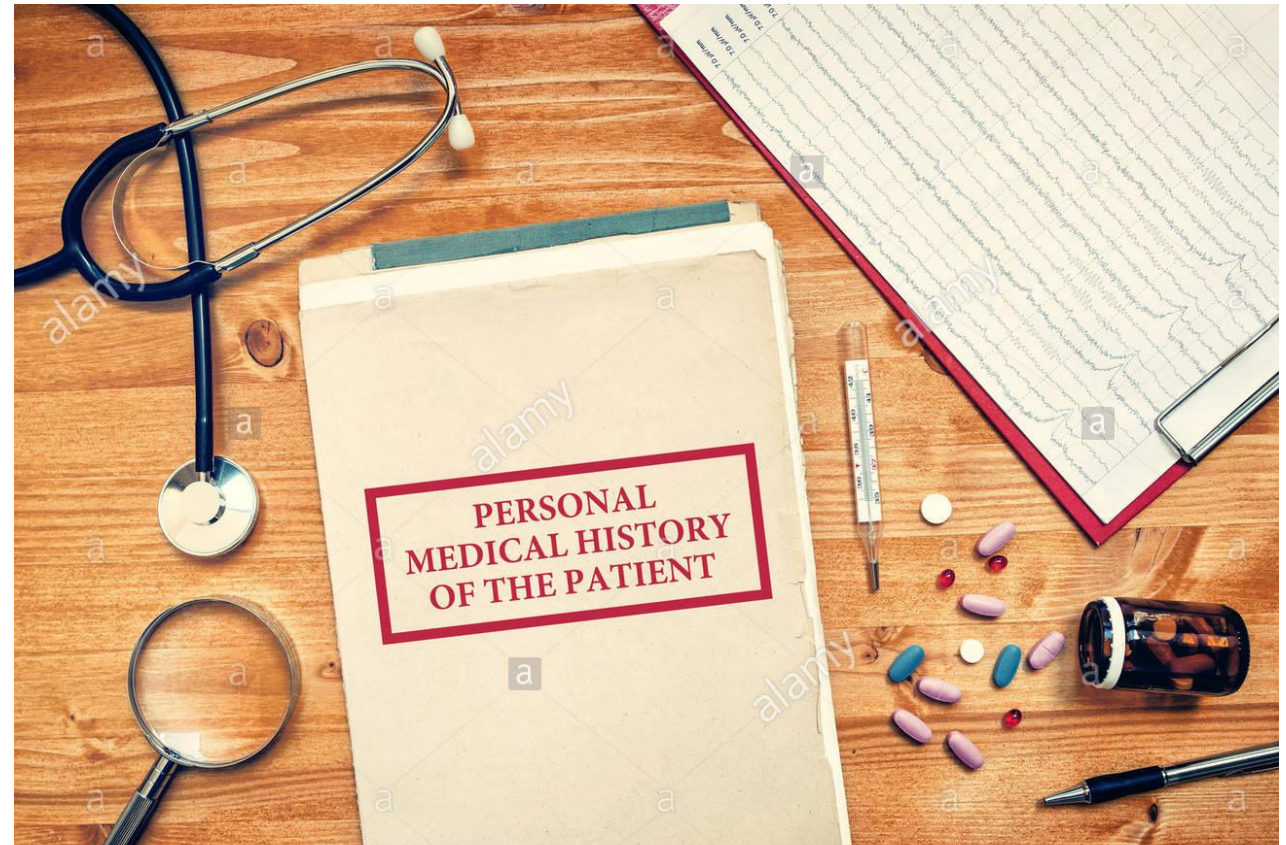
José María Arroyo Argüelles (R3 Ap. Digestivo H.U. Jaén)

Mercedes Tercero Lozano (FEA y tutora MIR Ap. Digestivo H. U. Jaén)

ANTECEDENTES PERSONALES

Varón de 82 años con los siguientes antecedentes:

- NAMC
- AP: Hipertensión arterial, DM2, DL.
- IQ: Billroth I por ulcus gastroduodenal hace más de 40 años.
- Hábitos tóxicos: exfumador de 1 paq/día durante más de 20 años. No enolismo.
- Situación basal: IABVD.
- Tto. habitual: enalapril/hidroclorotiazida, metformina, simvastatina.



 alamy stock photo

GPX2GN
www.alamy.com

MOTIVO DE CONSULTA

- Dolor abdominal epigástrico irradiado en cinturón hacia la espalda de 12 horas de evolución.
- Vómitos de contenido bilioalimenticio.
- No fiebre ni sensación distérmica. No alteraciones del hábito intestinal. No síndrome constitucional.
- No ingesta de nuevos fármacos ni productos de herbolario recientemente.
- No otra sintomatología concomitante.



EXPLORACIÓN FÍSICA

- BEG. Consciente y orientado. Eupneico en reposo. No ictericia cutáneomucosa. Estabilidad hemodinámica, con T.A. 138/86, FC 80 lpm, Sat. O2 97%, afebril.
- ACR: tonos cardíacos rítmicos, sin soplos, roces ni extratonos. MVC, sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen. Cicatriz de laparotomía media. RHA presentes. Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalías. Doloroso a la palpación profunda en epigastrio, con defensa muscular voluntaria, sin signos de peritonismo.
- MMII: sin edemas.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

➤ Rx tórax

ICT normal. No infiltrados ni pinzamiento de senos costofrénicos.

➤ ECG

Ritmo sinusal a 80 lpm. Eje normal. PR normal. QRS estrecho. No alteraciones de la repolarización.

➤ Analítica urgente

- ✓ Hemograma: Hb y plaquetas normales, **18.000 leucocitos**, 89% PMN.
- ✓ Coagulación: act. PT 89%, **fibrinógeno 750**.
- ✓ Bioquímica: glucosa 150, urea 57, **creatinina 1.34**, BT 0.90, GGT 340, GOT 98, GPT 139, **amilasa 1200**, **lipasa 2400**, sodio 137, potasio 3.9
- ✓ **PCR 142**, procalcitonina 0.15.



JUICIO CLÍNICO

PANCREATITIS AGUDA



PREGUNTAS

- **1. ¿Posibles etiologías de la pancreatitis?**
- **2. ¿Criterios diagnósticos?**
- **3. ¿Predicción de gravedad al ingreso?**
- **4. ¿Tipos de pancreatitis?**
- **5. ¿Medidas generales en la pancreatitis aguda?**



EVOLUCIÓN

Al ingreso se solicita:


➤ **Ecografía abdominal.**

- ✓ Hígado de ecoestructura homogénea, de bordes lisos, sin LOES, con vena porta normal.
- ✓ Vesícula biliar con contenido hiperecogénico sugestivo de microlitiasis. Vía biliar de calibre normal, sin contenido.
- ✓ Celda pancreática. **Parénquima aumentado de tamaño con edema peripancreático.**
- ✓ Riñones y bazo de tamaño y morfología normal, sin alteraciones.

➤ **Analítica completa (hemograma, bioquímica con TG, colesterol, calcio, IgG4...).**

- ✓ Sin hallazgos de interés.
- ✓ Únicamente hipercolesterolemia, con cifras de TG normales.



A photograph of an elderly male patient lying in a hospital bed, wearing a blue t-shirt and white blanket. He has a nasal cannula and is looking upwards. In the background, there are medical monitors displaying vital signs. The scene is set in a hospital room with blue walls and medical equipment.

Tras 72 horas de ingreso:

- **Aumento de dolor abdominal.** Refractario a metamizol.
- **Recorte de diuresis.** 500 cc en las últimas 24h.
- **Empeoramiento analítico.** Insuficiencia renal (creatinina 1.34 → 1.94) y aumento de RFA (leucos 18.000 → 21.300; PCR 142 → 250).

PREGUNTA

6. ¿Indicaciones de cada prueba de imagen?

TC ABDOMINAL

Juicio radiológico:

Engrosamiento difuso de la glándula pancreática y colección líquida peripancreática no organizada.

Hallazgos altamente sugestivos de **pancreatitis aguda edematosa intersticial**.

PREGUNTAS

7. ¿Indicaciones de antibioterapia?



EVOLUCIÓN

- Con la optimización del tratamiento instaurado el paciente presenta buena evolución y es dado de alta.
- En revisión en consultas externas, al cabo de 6 semanas, se realiza TC de control que evidencia lo visualizado en la imagen.

PREGUNTAS

- **8. ¿Indicaciones de drenaje de colecciones?**
- **9. En caso de PA biliar, ¿cuándo realizar CPRE y colecistectomía?**



A photograph of a large, empty theater. The foreground is filled with rows of dark, upholstered seats. In the background, a large, bright white screen is illuminated by several spotlights. The ceiling is dark with recessed lighting. A large, semi-transparent white circle is overlaid on the left side of the image, containing the text "MUCHAS GRACIAS".

MUCHAS GRACIAS

PREGUNTAS

- 1. ¿Posibles etiologías de la pancreatitis?
- 2. ¿Criterios diagnósticos?
- 3. ¿Predicción de gravedad al ingreso?
- 4. ¿Tipos de pancreatitis?
- 5. ¿Medidas generales en la pancreatitis aguda?
- 6. ¿Indicaciones de cada prueba de imagen?
- 7. ¿Indicaciones de antibioterapia?
- 8. ¿Indicaciones de drenaje de colecciones?
- 9. En caso de PA biliar, ¿cuándo realizar CPRE y colecistectomía?





DISCUSIÓN

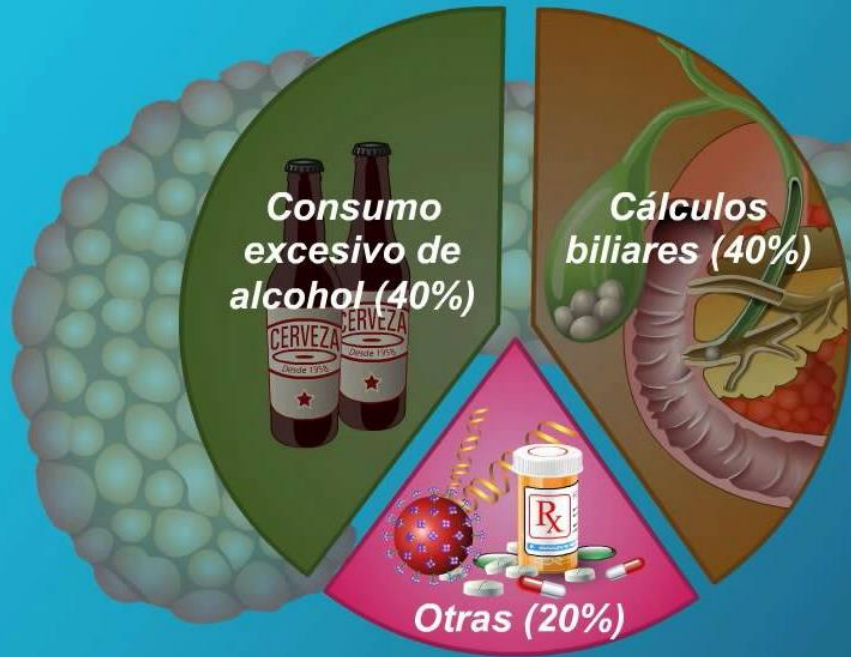
José María Arroyo Argüelles (R3 Ap. Digestivo H.U. Jaén)

Mercedes Tercero Lozano (FEA y Tutora MIR Ap. Digestivo H. U. Jaén)

- **1. ¿Posibles etiologías de la pancreatitis?**



Causas de la pancreatitis aguda



Otras causas:

- **Traumatismo abdominal**
- **Medicamentos**
- **Infecciones**
- **Tumores**
- **Variantes genéticas/anatómicas**
- **Niveles elevados de triglicéridos**
- **Niveles elevados de calcio**
- **Desconocida**

© 2015 Mechanisms in Medicine Inc.

www.PancreasAnimado.com

Por orden de frecuencia:

1. **Litiasis biliar (35-40%).** Incluido microlitiasis y barro biliar. Sospechar si cólicos biliares previos, alteración transitoria del perfil hepático durante las 48h iniciales de la PA o si se evidencia colelitiasis en ecografía abdominal.
2. **Alcohol (30%).** A menudo existe una pancreatitis crónica de base.
3. **Tabaco.** Factor de riesgo independiente de pancreatitis aguda.
4. **Otras causas minoritarias.**
 - Hipertrigliceridemia.
 - Hipercalcemia.
 - Fármacos. Simvastatina, Azatioprina, Mesalazina... están entre los más frecuentes.
 - **Mutaciones genéticas.** PRSS1, SPINK1, CFTR, CTSC, CASR, CLDN2.
 - **Páncreas divisum.**
 - **Disfunción del esfínter de Oddi.**
 - **Pancreatitis autoinmune.** Elevación de IgG4.
 - **Otras.** Infecciones, traumatismos, pancreatitis postCPRE...

ETIOLOGÍA

- **2. ¿Criterios diagnósticos?**



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Requeridos 2 de los
siguientes 3:

- ✓ Dolor abdominal típico
- ✓ Amilasa y/o lipasa > 3 veces su VN
- ✓ Prueba de imagen compatible con PA



- **3. ¿Predicción de
gravedad al ingreso?**



PREDICCIÓN DE GRAVEDAD

TABLA 1. Criterios de Ranson en la evaluación pronóstica de la pancreatitis aguda

Criterios	Originales	Modificados
En el ingreso		
Edad (años)	> 55	> 70
Leucocitos ($\times 10^9/l$)	> 16	> 18
Glucosa (mg/dl)	> 200	> 220
LDH (UI/l)	> 350	> 400
AST (UI/l)	> 250	> 250
A las 48 h		
Descenso del hematocrito (%)	> 10	> 10
Elevación del BUN (mg/dl)	> 5	> 2
Calcio (mg/dl)	< 8	< 8
PaO ₂ (mmHg)	< 60	-
Déficit de bases (mEq/l)	> 4	> 5
Pérdida de líquidos (l)	> 6	> 4

CRITERIOS APACHE II



		Puntuación APACHE II				
		0	1	2	3	4
Age	> 40,9	30-40,9	36-38,4	34-35,9	30-31,9	< 30
Phis. actual/mala	> 199	150-199	110-150	70-109	30-69	< 30
Phis. crónica	> 179	150-179	110-150	70-109	30-69	< 30
Phis. mejorada	> 49	30-49	20-34	14-24	10-11	< 6
Comorbidos	> 499	350-499	200-349	< 200		
S PCCI o S (APACHE II)				> 70	61-70	< 60
S PCCI o S (APACHE II)						56-60
Gl. renal	> 7,68	7,60-7,69	7,50-7,59	7,41-7,49	7,32-7,39	< 7,31
Pa. plasmático (mmHg)	> 179	160-179	140-159	120-159	100-139	< 100
S plasmático (mmHg)	> 8,9	8,5-8,9	8,1-8,9	7,7-8,9	7,3-8,9	< 7,3
Creatinina (mg/dl)	> 3,4	2,3-3,4	1,5-3,4	0,6-3,4	< 0,6	
Alcoholismo (%)	> 30,0	20-30,0	10-30,0	0-30,0	0-30,0	< 30
Leucocitos ($\times 1000$)	> 30,0	20-30,0	10-30,0	0-30,0	0-30,0	< 30
Suma de puntos APS						
Total APS						
ES - GCS	ENTRADA CRÓNICA		Puntos APS (A)	Puntos GCS (B)	Puntos Edad (C)	Puntos enfermedad previa (D)
EDAD	Puntuación					
< 44	0	Permanente	2			
45 - 54	2	Permanente	5			
55 - 64	3	Intermitente				
65 - 74	5					
> 75	6					
			Total Puntos APACHE II (A+B+C+D)			
Información clínica:						
Respiración crónica (Biphasic) e hipertermia general o episodio previo de fallo hepático						
Cardiovascular: Drona o anemia de reposo (datos de la NYHA)						
Neurológico: EPOC grave, disfunción, epilepsia o hipertensión pulmonar						
Renal: diálisis crónica						
Inmunosupresión: tratamiento inmunosupresor inmunosupresión crónica						

<http://www.fmca.org.mx/revista/RAM7/3/001.html>

➤ Hay diversos scores predictivos de gravedad en la pancreatitis aguda (APACHEII, Ranson, BISAP...).

➤ Factores que predicen gravedad en general:

- ✓ Edad > 75 años.
- ✓ IMC > 30 kg/m².
- ✓ SIRS persistente.
- ✓ PCR > 150 mg/dL en las primeras 48h.

➤ **RECOMENDACIONES ESGE**

- ✓ ESGE sugiere usar el **BISAP** score en las primeras 24 horas de presentación del cuadro como un buen predictor de gravedad y mortalidad en pancreatitis aguda.
- ✓ ESGE recomienda usar los niveles de nitrógeno ureico (**BUN**) > 23 mg/dL como un predictor de fallo orgánico persistente tras 48 horas de ingreso.

- *Guía clínica ESGE (2018) sobre el manejo endoscópico de la pancreatitis aguda necrotizante*
- *Grupo de trabajo IAP/APA; Acutte Pancreatitis Guidelines; Pancreatology 13 (2013) e1-e15*

ESCALA BISAP

CRITERIOS	
1. UREA – (BUN)	> 53,5mg/dl · (>25mg/dl)
2. EDAD	>60 años
3. SIRS (≥ 2 criterios)	· FC >90lpm · T ^a >38° C o < 36°C · FR >20rpm o PaCO ₂ < 32mmHg · Leucocitos > 12.000 o <4.000/mm ³
4. ESTADO MENTAL	Disminución de conciencia (Glasgow <15)
5. DERRAME PLEURAL	Presencia de derrame pleural en Rx tórax

Puntuación total: Suma de criterios

0-2 → PA LEVE

3-5 → PA GRAVE

- **4. ¿Tipos de pancreatitis?**



Tabla 1. Clasificación de Pancreatitis Aguda de Atlanta 2012.

PA Moderada
<ul style="list-style-type: none"> • SIN falla orgánica • SIN complicaciones locales/sistémicas
PA Moderadamente severa
<ul style="list-style-type: none"> • Falla orgánica que resuelve < 48 hs y/o • Complicaciones locales/sistémicas SIN falla orgánica persistente
PA Severa
<ul style="list-style-type: none"> • Falla orgánica persistente (> 48 hs)
<p><i>*Complicación local: Colecciones abdominales, Necrosis peri ó pancreática, Pseudoquistes. *Falla multiorgánica: Según score de Marshall modificado.</i></p>

Clasificación de la PA basada en determinantes (PANCREA)

	Leve	Moderada	Severa	Crítica
Necrosis (peri) pancreática	No	Estéril	Infectada†	Infectada†
	γ	ο	ο	γ
Fallo orgánico*	No	Transitorio‡	Persistente§	Persistente§

* Fallo orgánico: puntuación mayor o igual a dos en uno de los tres sistemas evaluados (cardiovascular, respiratorio y renal), según es puntaje de fallo orgánico relacionado con sepsis (SOFA), o en los siguientes parámetros: cardiovascular: requerimiento de soporte inotrópico; respiratorio: PaO₂/FIO₂ < 300 y renal: creatinina > 2 mg/dL.
 † Infectada: presencia de burbujas en el tejido necrótico peripancreático identificado en tomografía, cultivo positivo obtenido por aspiración por aguja fina o cultivo positivo obtenido durante el primer drenaje o necrosectomía.
 ‡ Transitorio: evidencia de daño en el mismo órgano por menos de 48 horas.
 § Persistente: evidencia de daño en el mismo órgano por más de 48 horas.

TIPOS DE PANCREATITIS

- Tipos de pancreatitis:
 - ✓ **PA edematosa intersticial.** La más frecuente.
 - ✓ **PA necrotizante.** Necrosis pancreática y/o peripancreática.
- Dos clasificaciones:
 - ✓ Criterios de Atlanta revisados (2012).
 - ✓ Clasificación basada en determinantes (PANCREA).
- Recomendaciones ESGE:
 - ✓ ESGE recomienda usar los **criterios de Atlanta** revisados frente a emplear la clasificación basada en determinantes.
 - ✓ ESGE recomienda emplear, a parte de los scores predictores al ingreso, la presencia o ausencia de necrosis infectada, así como la presencia de fracaso persistente de órgano(s) de cara a predecir la gravedad de la pancreatitis.

- **5. ¿Medidas generales en la pancreatitis aguda?**





MEDIDAS GENERALES

➤ FLUIDOTERAPIA

- ✓ Crucial la fluidoterapia en las primeras 24-48h. La ausencia de aporte hídrico adecuado en las primeras 24h puede agravar la PA al favorecer fenómenos de isquemia.
- ✓ La falta de ensayos clínicos randomizados a cerca del volumen óptimo inicial y la duración del mismo no hacen posible la realización de recomendaciones específicas en este aspecto.
- ✓ Indicaciones de “fluidoterapia agresiva” precoz si:
 - ❖ Inestabilidad hemodinámica.
 - ❖ Signos de hipoperfusión tisular:
 - TAM < 65 mmHg.
 - Hiperlactatemia
 - Oligoanuria
- ✓ **Ringer lactato.** Es sugerido como fluido de elección en el manejo de la PA.
 - ❖ *AGA (2018).* “No se puede establecer una recomendación de su uso porque no hay suficiente evidencia robusta en cuanto a disminución del fallo orgánico, necrosis o mortalidad frente al empleo de SSF”.
 - ❖ *UEG Journal (2018).*
 - Ensayo clínico controlado, randomizado, triple ciego.
 - Demuestra que Ringer Lactato, al ser comparado con SSF, presenta un efecto antiinflamatorio.
 - Fluidoterapia con RL se asocia con menos probabilidad de acidosis metabólica.
 - Conclusión: RL debería ser considerado el fluido de elección en PA.

- *Guía AGA sobre el manejo inicial de la pancreatitis aguda (Gastroenterology 2018;154:1096-110)*
- *Enrique de Madaria et. al; Fluid resuscitation with lactated Ringer's solution vs normal saline in acute pancreatitis; UEG2018; Vol. 6(1) 63-72*



➤ ANALGESIA

- ✓ Control agresivo del dolor. Fundamental.
- ✓ Evitar AINES. Pueden empeorar la función renal.
- ✓ Se recomienda administración de metamizol y rescates con morfina, incluso en perfusión.

➤ NUTRICIÓN

✓ Generalidades

- ❖ Objetivos: prevenir y tratar malnutrición, modular respuesta inflamatoria y prevenir infecciones sistémicas.
- ❖ Pacientes con PA deberían ser considerados como pacientes con moderado-alto riesgo nutricional debido a al impacto del estatus nutricional en la evolución natural de la enfermedad.
- ❖ Suplementos con enzimas pancreáticas no deberían ser aportados excepto en pacientes con evidente insuficiencia pancreática exocrina.
- ❖ Los probióticos no tienen evidencia para ser recomendados en pacientes con pancreatitis aguda.

✓ PA leve-moderada

- ❖ **Tolerancia por vía oral.** De elección lo más precoz posible en ausencia de dolor e independientemente de las cifras de amilasa y lipasa.

✓ PA grave

❖ Nutrición enteral.

- La nutrición enteral debería instaurarse pronto, en las primeras 24 a 72 horas del ingreso, en caso de intolerancia oral.
- De elección frente a la nutrición parenteral.
- La SNG es igual de segura que la SNY y su colocación más fácil, por lo que es de elección. Reservar SNY si intolerancia oral a pesar de SNG.

❖ Nutrición parenteral. Indicada si:

- Intolerancia a la nutrición enteral o dificultad para alcanzar los objetivos nutricionales requeridos.
- Contraindicaciones para la nutrición enteral:
 - Obstrucción intestinal.
 - Ileo paralítico.
 - Hipertensión intraabdominal.

- **6. ¿Indicaciones de cada prueba de imagen?**



PRUEBAS DE IMAGEN

➤ ECOGRAFÍA ABDOMINAL

- ✓ Prueba de imagen muy útil para ayudar a determinar la etiología de la pancreatitis.
- ✓ Debe realizarse de rutina durante el ingreso.

➤ TC CON CIV

- ✓ En la mayoría de pacientes con PA , el TC no es requerido.
- ✓ Es la técnica de imagen de elección.
- ✓ La necrosis no se evidencia por TC en la primera semana desde el inicio de los síntomas.

➤ RM PANCREÁTICA

- ✓ De elección frente a TC en pacientes con alergia al CIV, pacientes con insuficiencia renal y en pacientes en los que se quiera evitar radiación (jóvenes o embarazadas).
- ✓ Más sensible que el TC para esclarecer el contenido sólido frente al líquido de colecciones pancreáticas y mejor también para la evaluación de la integridad del conducto pancreático.

➤ COLANGIORM Y USE

- ✓ Colangiorm. De elección si la ecografía no ayuda al diagnóstico y en ausencia de colangitis.
- ✓ USE. De elección si el resto de pruebas de imagen no han logrado identificar el origen de la pancreatitis.

➤ CPRE

- ✓ De elección con fines terapéuticos. En principio, no debería ser considerada como técnica diagnóstica.



- *Jaume Bodas et al; Valoración y tratamiento de la pancreatitis aguda; Documento de posicionamiento de la Sociedad Catalana de Aparato Digestivo (Gastroenterología y Hepatología 2015; 38 (2): 82-96).*
- *2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. Leppäniemi et al. World Journal of Emergency Surgery*

TC ABDOMINAL CON CIV

- Técnica de imagen de elección. Sin embargo, no hay que realizarla en todos los pacientes.
- Recomendaciones ESGE:
 - ✓ Indicaciones de TC:
 - ❖ Incertidumbre diagnóstica al ingreso.
 - ❖ En la primera semana de tratamiento, tras 72 horas del inicio de los síntomas, si hay fracaso del tratamiento conservador.
 - ❖ De la segunda a la cuarta semana para evaluar complicaciones.
 - ❖ Tras la cuarta semana para planificar el manejo y/o para monitorizar la respuesta al tratamiento.
 - ✓ ESGE recomienda el uso del *CT severity index* como el score de severidad por imagen de elección, frente a otros scores como los criterios de *Balthazar*.

- *Jaume Bodas et al; Valoración y tratamiento de la pancreatitis aguda; Documento de posicionamiento de la Sociedad Catalana de Aparato Digestivo (Gastroenterología y Hepatología 2015; 38 (2): 82-96).*
- *Guía clínica ESGE (2018) sobre el manejo endoscópico de la pancreatitis aguda necrotizante*

Table 1. Components of the CT severity index.

Pancreatic inflammation	
Normal pancreas	0
Focal or diffuse enlargement of the pancreas	1
Intrinsic pancreatic abnormalities with inflammatory changes in peripancreatic fat	2
Single, ill-defined fluid collection or phlegmon	3
Two or more poorly defined collections or presence of gas in or adjacent to the pancreas	4
Pancreatic necrosis	
None	0
Less than or equal to 30%	2
Greater than 30 and less than, or equal to, 50%	4
Greater than 50%	6

CRITERIOS DE BALTHAZAR

Grado	Hallazgos	Score
A	Páncreas normal	0
B	Aumento de tamaño focal o difuso	1
C	Páncreas anormal con inflamación peripancreática	2
D	1 colección intra o extrapancreática	3
E	2 o más colecciones y/o gas retroperitoneal	4

Score	Necrosis (%)
0	0
2	<30
4	30-50
6	>50

- **7. ¿Indicaciones de antibioterapia?**



ANTIBIOTERAPIA

➤ ATB PROFILÁCTICA

- ✓ Metanálisis publicados desde 2008 demuestran la ausencia de beneficio en el empleo rutinario de ATB profiláctica en pacientes con PA severa o con necrosis pancreática.
- ✓ De hecho, la ATB podría ser incluso contraproducentes por aumentar el riesgo de infecciones fúngicas.

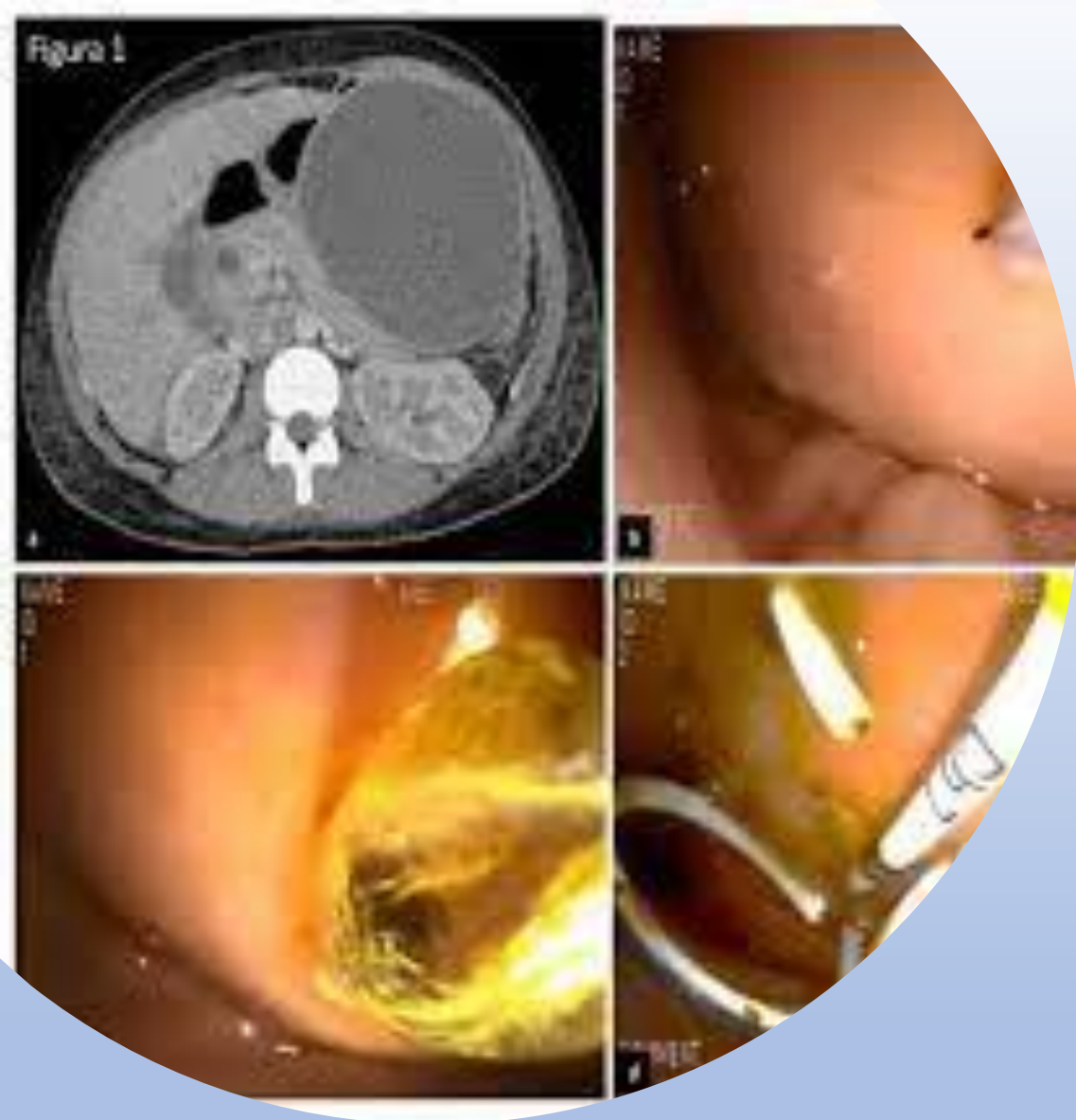
➤ NECROSIS PANCREÁTICA

- ✓ Indicaciones de ATB empírica:
 - ❖ Sospecha de infección de la necrosis pancreática (la mayoría producida por traslocación bacteriana desde el ID).
 - ❖ ATB empírica de elección: carbapenémicos, quinolonas, metronidazol o cefalosporinas a dosis altas.
 - ❖ Una vez tengamos antibiograma, antibioterapia dirigida.
- ✓ Duración de ATB:
 - ❖ No hay evidencia científica disponible a cerca del tiempo de duración del tratamiento antibiótico en pacientes con necrosis pancreática infectada.
 - ❖ Habitualmente se mantienen hasta 48h tras la retirada del último catéter de drenaje en el caso de que los cultivos permanezcan negativos.
 - ❖ En cualquier caso, parámetros clínicos, bioquímicos y de imagen ayudarán a tomar esta decisión de retirada de ATB.



- **8. ¿Indicaciones de drenaje de colecciones?**





COLECCIONES PANCREÁTICAS

➤ CLASIFICACIÓN DE COLECCIONES

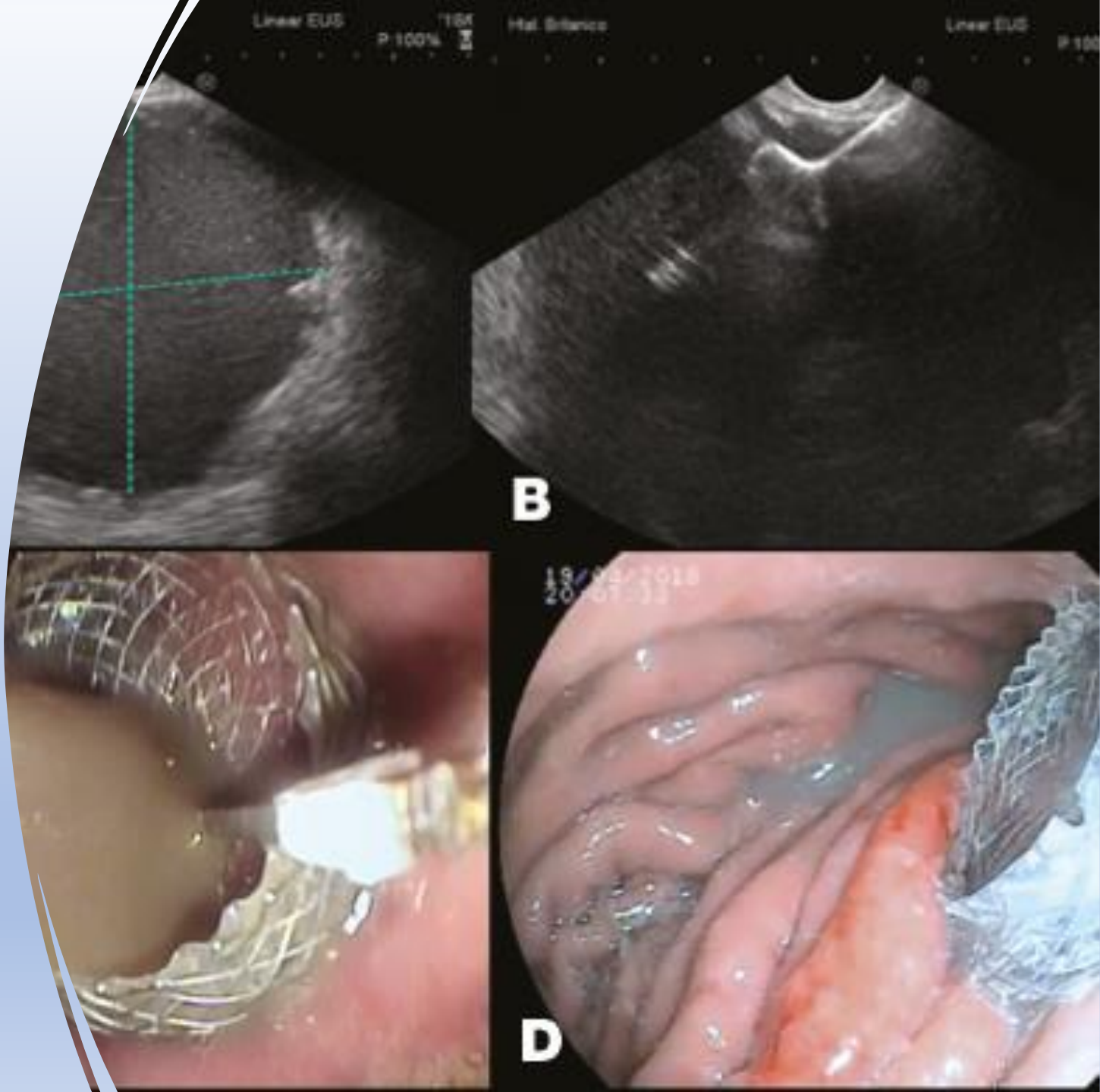
- ✓ **Colección fluida (peri)pancreática**
 - ❖ En las primeras 4 semanas, sin pared bien definida.
 - ❖ Habitualmente se resuelven espontáneamente.
- ✓ **Colección necrótica aguda**
 - ❖ En las primeras 4 semanas, contiene material necrótico.
- ✓ **Pseudoquiste pancreático**
 - ❖ Tras las primeras 4 semanas desde el inicio de la pancreatitis aguda.
 - ❖ Colección fluida, sin material sólido, rodeada por una pared bien definida.
- ✓ **Colección necrótica encapsulada (*walled-off necrosis*)**
 - ❖ Tras 4 semanas, colección encapsulada que contiene material líquido pero también necrótico.

COLECCIONES PANCREÁTICAS

➤ INDICACIONES DE DRENAJE DE COLECCIONES

- ✓ Demostración de necrosis pancreática infectada.
- ✓ Alta sospecha clínica de necrosis pancreática infectada.
- ✓ Pancreatitis aguda con fallo orgánico persistente.
- ✓ Necrosis estéril o pseudoquiste que produzca compresión de órganos vecinos o síntomas mantenidos en el tiempo.
- ✓ Síndrome compartimental abdominal.

Guía clínica ESGE (2018) sobre el manejo endoscópico de la pancreatitis aguda necrotizante





COLECCIONES PANCREÁTICAS

TÉCNICAS DE DRENAJE

- ✓ **Drenaje radiológico percutáneo**
 - ❖ Los drenajes deberían ser retirados cuando el débito sea claro y menor a 50 mL/24h y no haya evidencia de fístula pancreatocutánea.

- ✓ **Drenaje endoscópico**
 - ❖ EDA o USE. Drenaje transmural por USE de elección.
 - ❖ Varias opciones, entre ellas:
 - Drenaje endoscópico con doble pigtail.
 - Prótesis metálicas de aposición luminal. Se recomienda la retirada de la prótesis tras 4 semanas.

- ✓ **Drenaje quirúrgico**

RECOMENDACIONES *ESGE*

- ✓ *ESGE* recomienda realizar drenaje endoscópico o percutáneo de las colecciones con indicación para ello como primer método invasivo y, si fracasa, drenaje quirúrgico.
- ✓ *ESGE* sugiere, en la medida de lo posible, retrasar la intervención hasta pasadas 4 semanas del inicio del cuadro si la situación clínica del paciente lo permite.

- **9. En caso de PA biliar, ¿cuándo realizar CPRE y colecistectomía?**





PA DE ORIGEN BILIAR

➤ CPRE

- ✓ *ESGE* recomienda la CPRE urgente y drenaje biliar en pacientes con pancreatitis aguda biliar combinada con colangitis.
- ✓ La CPRE debería ser practicada en las primeras 72 horas en pacientes con obstrucción de la vía biliar.
- ✓ La CPRE no debería ser realizada en pacientes con pancreatitis aguda biliar sin colangitis u obstrucción del conducto biliar.

➤ Colectectomía

- ✓ La colectectomía debería ser practicada idealmente durante el ingreso del paciente en casos de pancreatitis aguda leve de origen biliar.
- ✓ En casos de PA con colecciones, la colectectomía debe diferirse hasta la resolución o estabilización de las colecciones y el cese del proceso inflamatorio agudo.
- ✓ Colectectomía por vía laparoscópica de elección.



A wide-angle photograph of a large, empty theater. The stage is at the top of the frame, featuring a large, bright white screen. Above the screen, a row of six large, circular spotlights is illuminated, casting a warm glow. The ceiling is dark with a grid of recessed lights. The foreground and middle ground are filled with rows of dark, upholstered seats, all facing the stage. The overall atmosphere is quiet and empty.

MUCHAS GRACIAS