

Valoració i Tractament de la Pancreatitis Aguda

Document de posicionament (*versió resumida*)

Jaume Boadas, Joaquin Balsells, Juli Busquets, Antoni Codina-B, Anna Darnell, Francisco Garcia-Borobia, Joan Gornals, Guillem Gruartmoner, Lucas Ilzarbe, Xavier Merino, Lluís Oms, Ignasi Puig, Valentí Puig-Diví, Eva Vaquero, Francesc Vida, Xavier Molero



Pancreatitis aguda: metodologia document de posicionament

- **16 autors**
 - 8 digestòlegs (4 endoscopistes)
 - 5 cirurgians
 - 2 radiòlegs (TC, RM)
 - 1 intensivista
- **8 centres**



Pancreatitis aguda: metodologia document de posicionament

- ✓ **Selecció i acceptació per part dels autors**
(setembre 2013, post Congrés Espanyol de Pàncrees)
- ✓ **Redacció de cada capítol pels autors** *(Versió resumida)*
- ✓ **10 versions revisades per tots els autors**
- ✓ **Discussió: 1 Reunió presencial 3 de desembre de 2013**
- ✓ **Aprovat per les Juntes:**
Societat Catalana de Digestologia
Societat Catalana de Pàncrees
- ✓ **Presentació Congrés de la SCDigestologia, Lleida gener, 2014**
- ✓ **Pendent: redacció** *(versió complerta)*, **presentació, publicació.**



Pancreatitis aguda: situació actual

- La pancreatitis aguda (PA) té una incidència 13-45 casos/10⁵hab/any
- És una de les malalties gastrointestinals que amb més freqüència requereix hospitalització.

En el darrer any s'han produït canvis molt rellevants que han suposat una autèntica revolució

- nomenclatura
- tractament de la necrosi

Pancreatitis aguda: diagnòstic

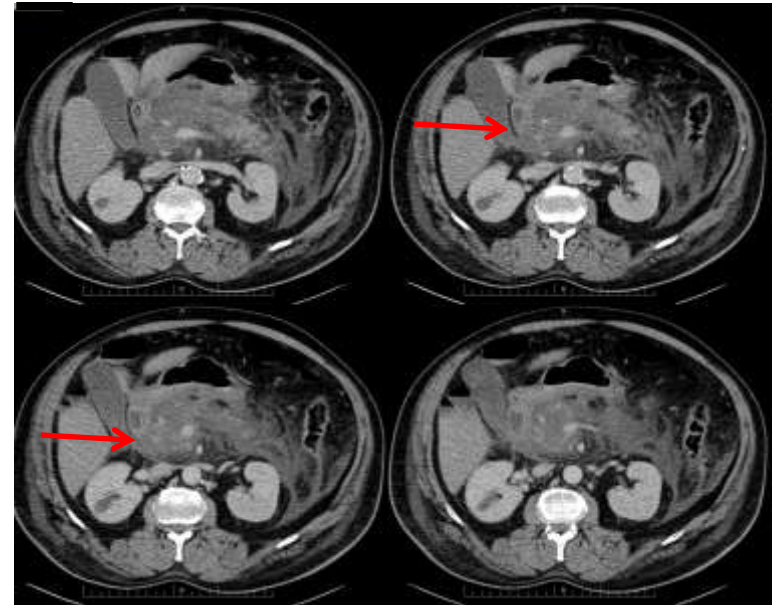
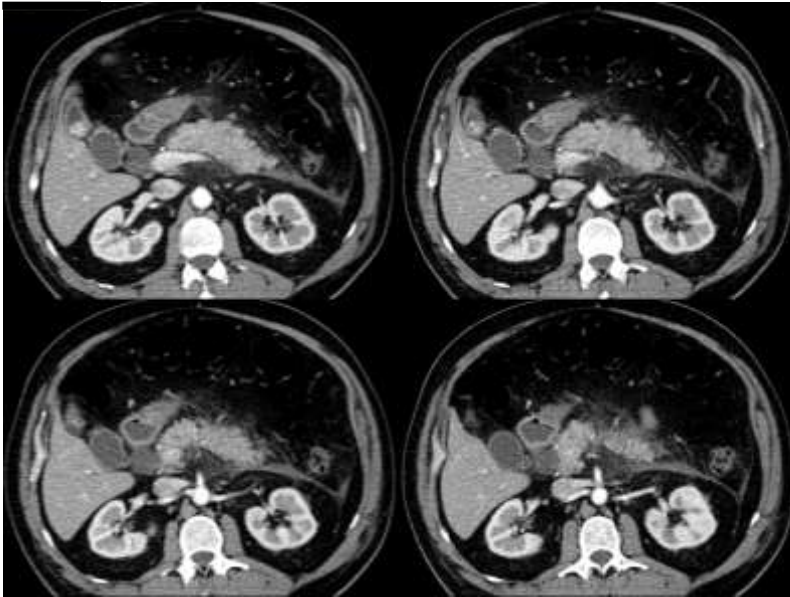
2 d'aquestes 3 condicions:

- ***Dolor abdominal*** intens de començament sobtat localitzat a l'epigastri i sovint irradiat a l'esquena
- ***Amilasa (o lipasa)*** en sang >3 vegades per sobre del valor normal
- Troballes característiques de PA a ***proves d'imatge***, normalment a la tomografia computeritzada (TC)

Pancreatitis aguda: tipus

PA edematosa intersticial (90%):
edema glandular sovint acompanyat
de líquid peripancreàtic

PA necrotizant (5-10%): necrosi
pancreàtica i/o peripancreàtica.



Pancreatitis aguda: definicions

Definició de fallida orgànica

- **Fallida circulatòria**

- Hipotensió arterial amb PAS < 90 mmHg , que no respon a fluidoteràpia

- **Fallida respiratòria**

- PaO₂ < 60 mmHg basal (sense O₂ suplementari) o PaO₂ / FiO₂ < 300 mmHg

- **Fallida renal aguda**

- Increment del valor de creatinina ≥ 1.8 mg/dl (≥ 169 μ mol/L) o increment de creatinina basal x 2 i/o disminució del flux urinari (oligúria) < 0,5 ml/kg/h x 12h.

Segons la **durada** de la fallida orgànica

- Persistent >48 h
- Transitòria < 48 h

Definició de complicacions sistèmiques:

Empitjorament o complicacions de malalties ja presents prèviament

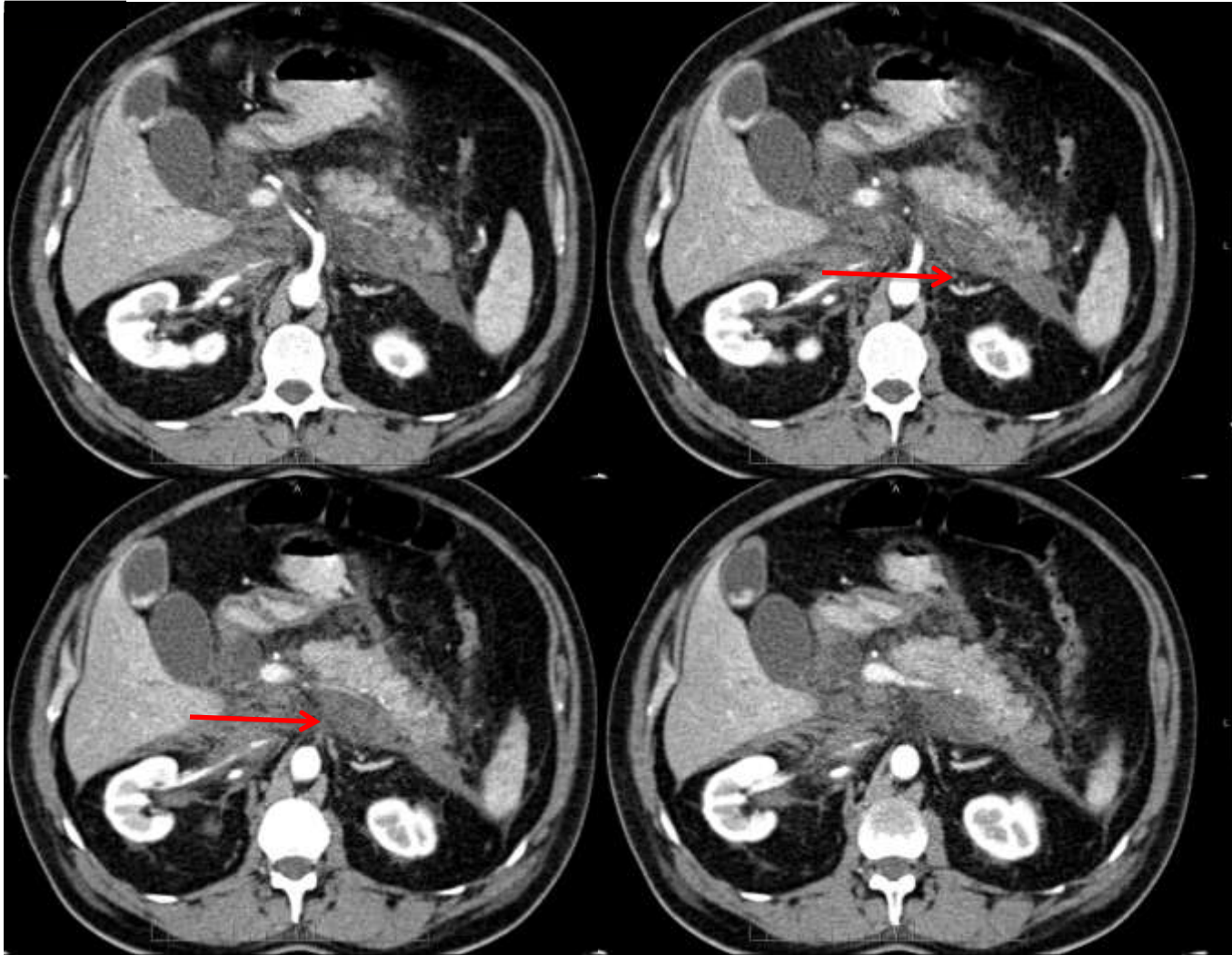
Complicacions locals (Revisió Atlanta 2013)

	< 4 setmanes	> 4 setmanes
Sense necrosi	Col·lecció aguda líquida peripancreàtica (CALP)	Pseudoquist
Amb necrosi	Col·lecció aguda necròtica (CAN)	Necrosi encapsulada

Qualsevol d'aquestes col·leccions pot romandre estèril o pot infectar-se

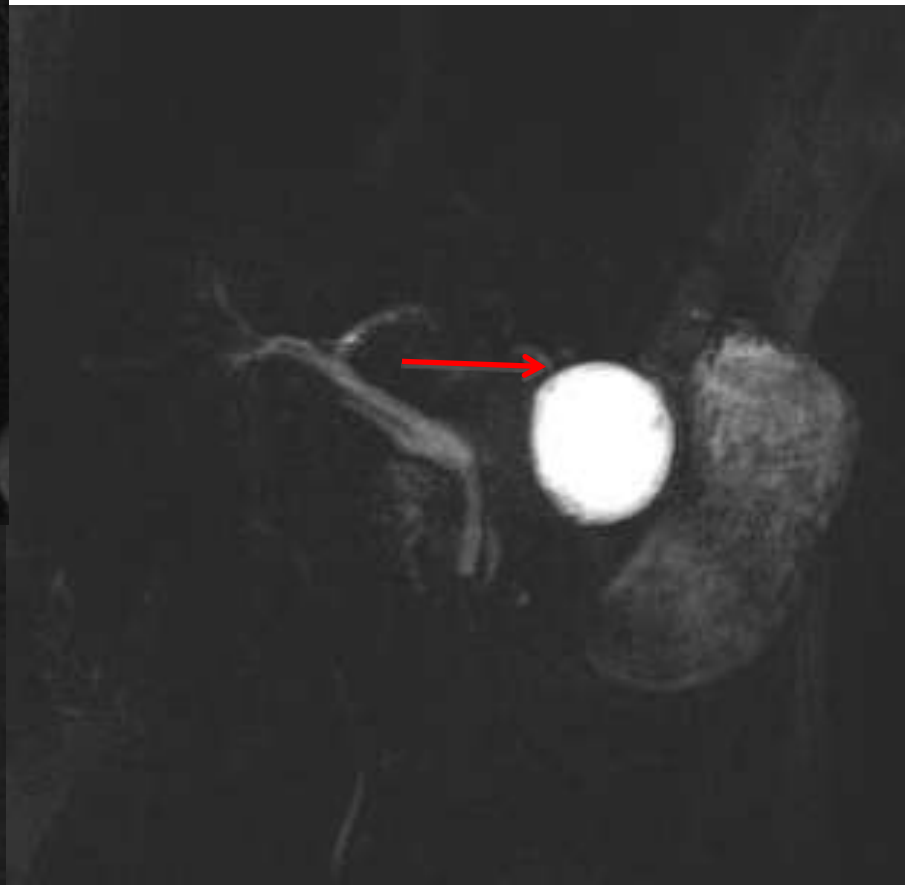
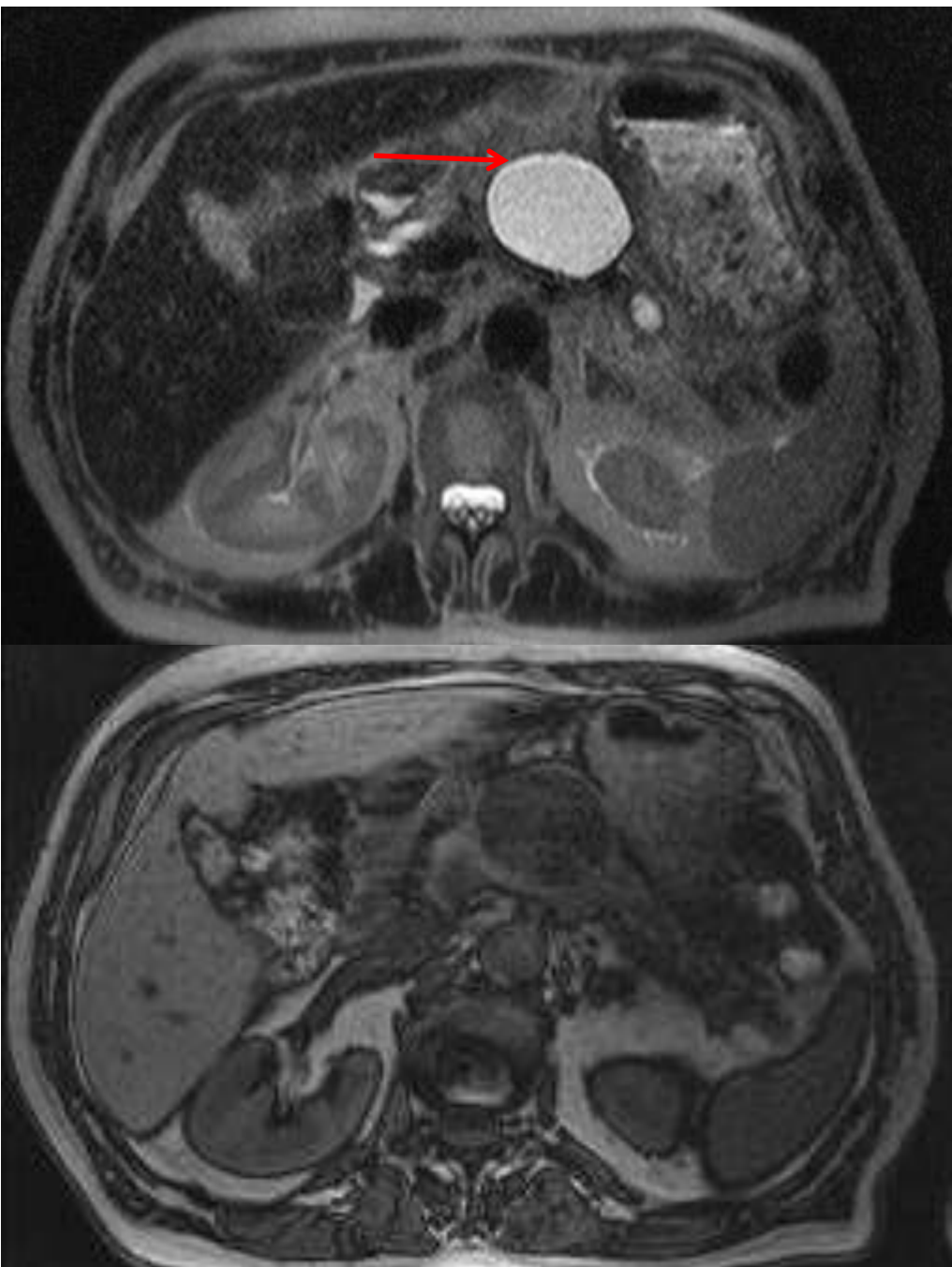
- Sospita infecció: empitjorament clínic i/o per la presència de gas
- Confirmació amb cultiu de líquid obtingut per PAAF o per drenatge.

PA edematosa intersticial amb CALP
(*col·lecció aguda líquida peripancreàtica*)



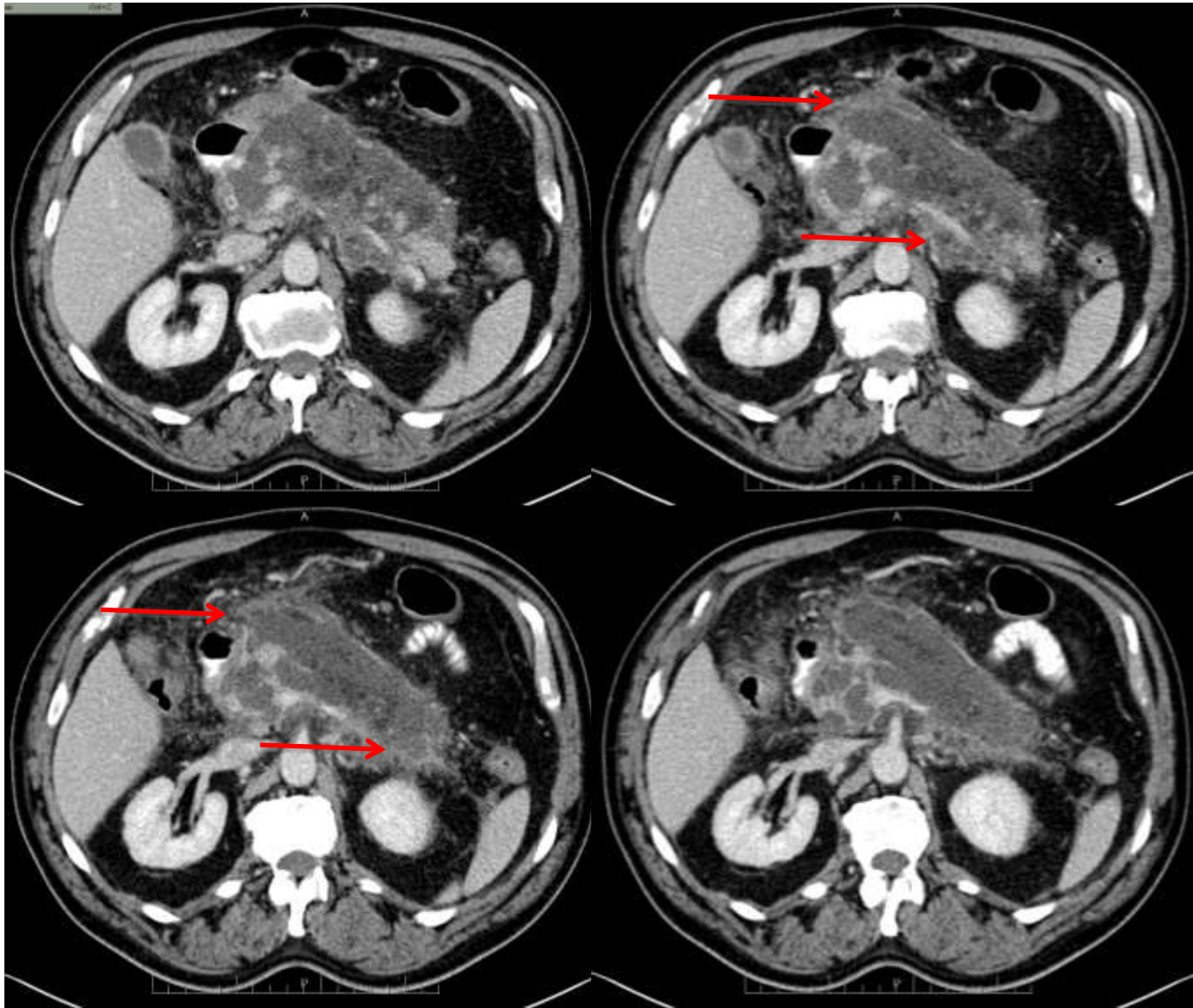
Imatge cedida per Dra. Anna Darnell, Hospital Clínic, Barcelona

pseudoquist



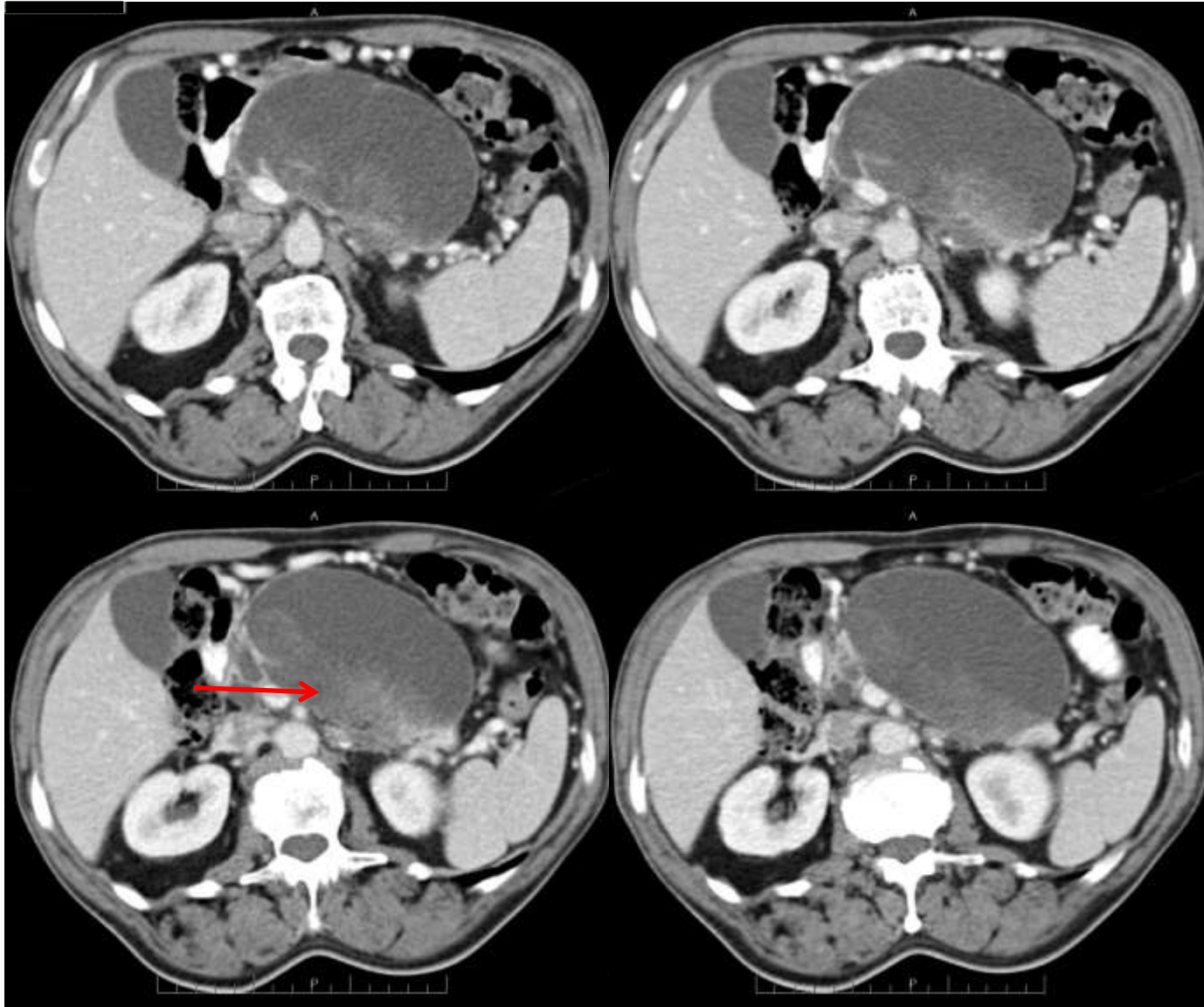
*Imatge cedida per Dr. Xavier Merino,
Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona*

PA necrotitzant amb CAN (col·lecció aguda necròtica)



Imatge cedida per Dra. Anna Darnell, Hospital Clínic, Barcelona

PA- necrosi encapsulada



Imatge cedida per Dra. Anna Darnell, Hospital Clínic, Barcelona

Classificacions de gravetat de la Pancreatitis Aguda

Atlanta 1992	Lleu	Greu
Complicacions locals o sistèmiques	No	Si
	i	i/o
Fallida orgànica	No	Si

Bradley et al.
Arch Surg 1993

Revisió Atlanta 2012	Lleu	Moderadament greu	Greu
Complicacions locals o sistèmiques	No	Si	Si/No
	i	i/o	i
Fallida orgànica	No	Transitòria	Persistent

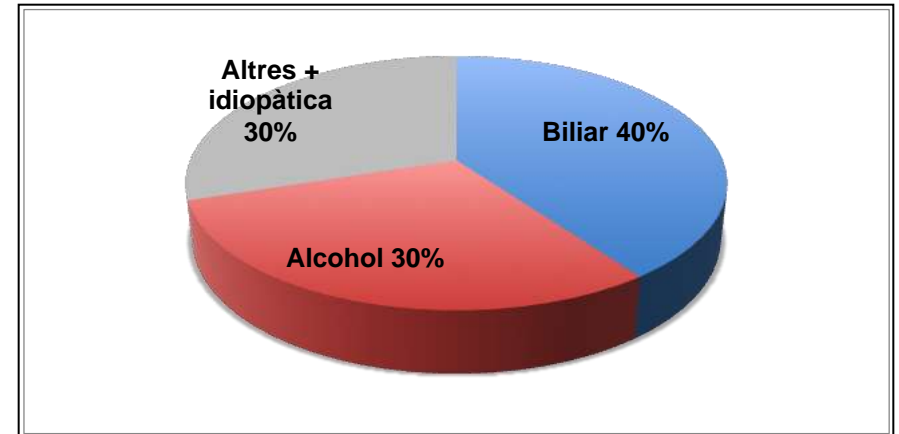
Banks et al.
Gut 2013

Determinants (PANCREA) 2012	Lleu	Moderada	Greu	Crítica
Necrosi (peri)pancreàtica	No	Estèril	Infectada	Infectada
	i	i/o	o	i
Fallida orgànica	No	Transitòria	Persistent	Persistent

Dellinger et al
Ann Surg 2012

Pancreatitis aguda: etiologia

- Biliar 35-40%
- Alcohol 30% > 60g/dia
- **Tabac**



- Obstrucció bilio-pancreàtica
tumors sòlids/quístics pancreàtics o ampul·lars
TC o RM > 40 anys sense causa aparent
- Pancreatitis post CPRE
- Idiopàtica 10-20%
- Altres...

Pancreatitis aguda: factors de risc, gravetat, predicció

Defineixen la gravetat d'una PA

- complicacions locals o sistèmiques,
- la fallida orgànica

Cap factor predictiu és infal·lible
És necessari fer una avaluació global de diferents aspectes del pacient

- ✓ Característiques del pacient
- ✓ SIRS-fallida orgànica
- ✓ Marcadors de laboratori
- ✓ Imatge
- ✓ Índexs i sistemes de puntuació

Un grup internacional d'experts **RECOMANA:**

Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines, Pancreatology 2013

- avaluar la presència de SIRS a l'ingrés i a les 48 h com a millor factor predictiu inicial.
- Durant l'ingrés avaluar una combinació de factors personals (edat, IMC, comorbiditat), clínics (SIRS) i de resposta a tractament (SIRS persistent, BUN, creatinina).

Pancreatitis aguda: paper de les proves d'imatge

- **Ecografia abdominal:** tots i a les 24-48 h de l'ingrés
- **TC abdominal (RM si al·lèrgia contrast):**
 - ✓ **inicial**
 - només en casos de dubte diagnòstic
 - en pacients amb PA greu i fallida orgànica amb sospita de complicació que requereixi actuació imminent.
 - ✓ la resta de PA clínicament greu als **3-5 dies**
 - presència i extensió de necrosi
 - detectar l'existència de complicacions locals

Pancreatitis aguda: tractament inicial

- No existeix un tractament específic per la PA

✓ Reanimació amb fluids i monitorització hemodinàmica

- ✧ La PA és un estat d'hipovolèmia i hemoconcentració
- ✧ La reanimació amb fluids ha de ser ràpida i agressiva <6 h si inestabilitat hemodinàmica o signes d'hipoperfusió (*TAM <65 mmHg, lacticèmia, oligúria*)

✓ Analgèsia

Esglaonada, evitar AINEs

✓ Monitorització pressió abdominal

En pacients amb PA greu i fallida orgànica, com a indicador pronòstic i diagnòstic de la síndrome compartimental abdominal

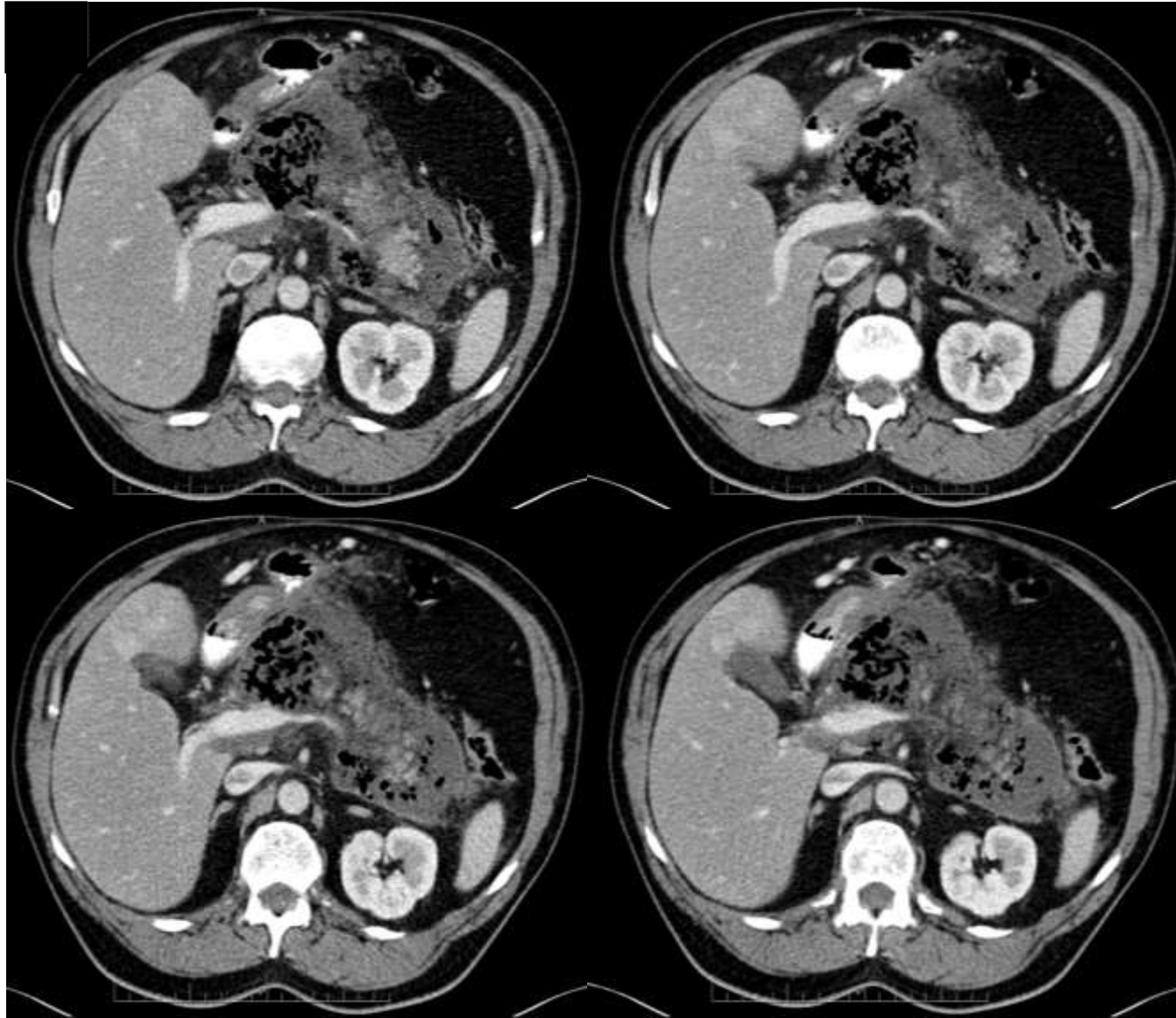
✓ Criteris d'ingrés a Medicina Intensiva

PA potencialment greus disfunció de qualsevol òrgan (≥ 1 fallida orgànica) transitòria o persistent

✓ Suport nutricional

Greu: enteral > parenteral

PA necrotitzant amb gas



Imatge cedida per Dra. Anna Darnell, Hospital Clínic, Barcelona

Pancreatitis aguda: tractament de les complicacions locals

✓ Ús antibiòtics

No profilaxis

Empíric si fallida orgànica i alta sospita d'infecció, i en espera de cultius de la necrosi

✓ Necrosi estèril

No tractament intervencionista

Valorar actuació si clínica d'oclusió digestiva, biliar, o per dolor persistent

✓ Necrosi infectada

La confirmació d'infecció: cultiu per PAAF/drenatge o per la presència de gas a la TC

absència de fallida orgànica:

antibiòtic i col·locació de drenatges percutanis o endoscòpics

fins a arribar al desbridament més ampli quirúrgic ("*step-up approach*")

fallida multiorgànica persistent:

en cas de fracàs de les tècniques percutània o endoscòpica, la necrosectomia oberta segueix essent una tècnica indicada

Pancreatitis aguda: Indicacions i tècniques de drenatge

Indicacions

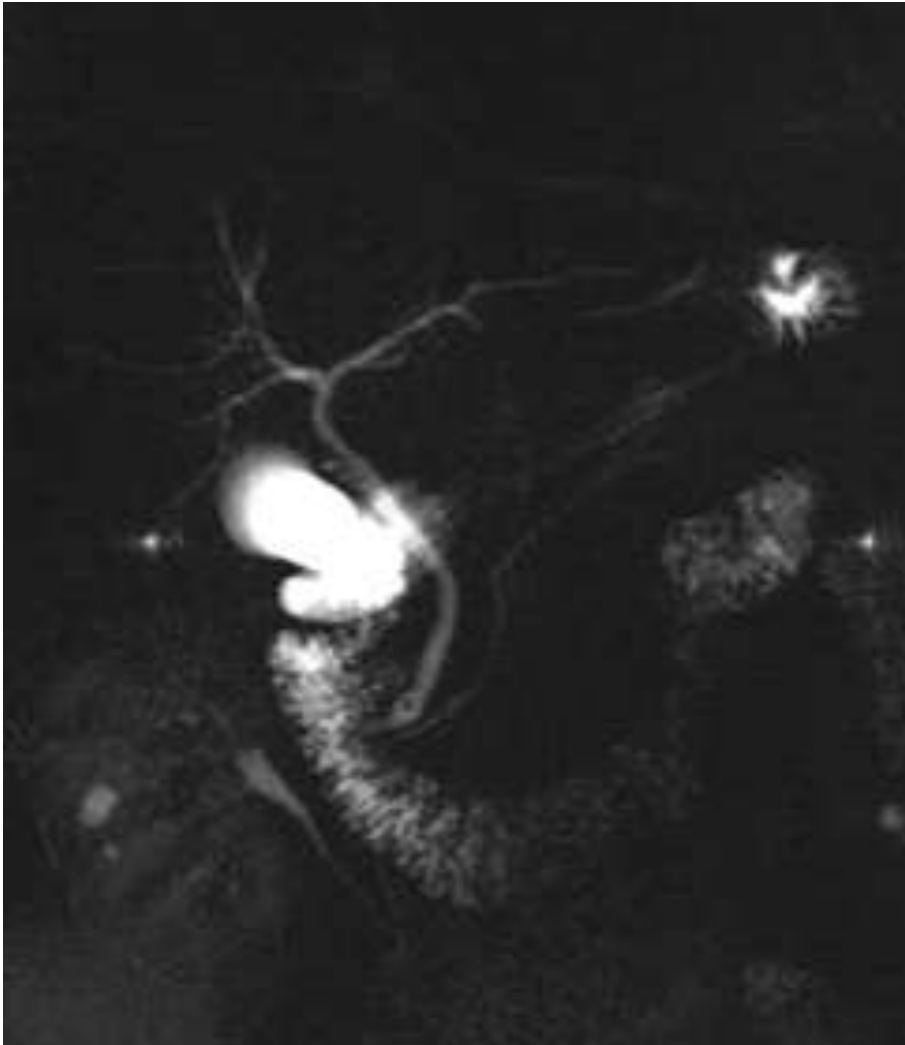
- Sospita clínica o confirmada necrosi infectada amb deteriorament clínic
- Necrosi estèril o pseudoquist simptomàtics

Tècniques de drenatge

- **Drenatge percutani** preferentment retroperitoneal
- **Drenatge/desbridament endoscòpic** guiat per USE.
- **Retroperitoneoscopia o laparoscòpia transperitoneal**
- **Cirurgia oberta** en cas de fracàs dels anteriors

El tractament quirúrgic durant les primeres 2 setmanes comporta una mortalitat més elevada, essent preferible la demora de la cirurgia, que haurà d'individualitzar-se depenent de la situació del pacient

Pancreatitis aguda i coledocolitiasi (coledoc intrapancreàtic)



Imatge cedida per Dr. Xavier Merino, Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona

Pancreatitis aguda: paper de la CPRE i profilaxis de la PA post CPRE

- ✓ **CPRE + EE urgent** (<24h) PA biliar + colangitis aguda
- ✓ **Profilaxis de la PA post-CPRE,**
100 mg de diclofenac/indometacina per via rectal és efectiva i segura per a reduir la incidència i gravetat PA

La col·locació d'una **pròtesi pancreàtica plàstica,** també es efectiva, especialment en els pacients amb factors de risc



Pancreatitis aguda: Tractament després de l'episodi

Factors a considerar post-alta.

- Prevenir la recaiguda de la malaltia
- Vigilar la persistència de símptomes
- Insuficiència pancreàtica exocrina i endocrina



Moltes gràcies

