

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

## Diagnóstico clínico y de laboratorio de la pancreatitis aguda. Criterios de gravedad

Dr. Sergio Guzmán Bondik  
Profesor Adjunto de Cirugía  
Departamento de Cirugía Digestiva

En la evaluación de un paciente con una probable pancreatitis aguda, junto al diagnóstico clínico preciso, es necesario tener presentes al menos tres aspectos de importancia (Tabla 1). En primer lugar, descartar otras emergencias abdominales que pueden semejar un cuadro de pancreatitis y cuya resolución sea quirúrgica. Aparte del diagnóstico diferencial, el clínico deberá evaluar si la pancreatitis está asociada a litiasis biliar y hasta qué punto ésta influye en el cuadro clínico del paciente. En otras palabras, es necesario distinguir si lo que predomina es una colecistitis o una colangitis aguda o lo que comanda el estado del paciente es la pancreatitis propiamente tal. Además de estos dos aspectos, que son importantes para las decisiones terapéuticas, el médico tiene el deber de hacer una evaluación de la gravedad de la enfermedad.

Como ya se ha mencionado, la pancreatitis puede ser una enfermedad leve y de resolución rápida, o puede llegar a ser una enfermedad extremadamente grave y mortal.

El diagnóstico clínico de pancreatitis se fundamenta en un cuadro de comienzo agudo, caracterizado por dolor abdominal alto, que puede ser exclusivamente epigástrico, puede ser exclusivamente dorsal o puede irradiarse a ambos hipocondrios y al dorso. En general, el dolor se acompaña de vómitos y distensión abdominal, es decir, signos de un íleo adinámico. La signología peritoneal en las fases iniciales de la enfermedad es habitualmente inexistente. Frecuentemente está presente el signo de Mayo-Robson, que se caracteriza por dolor en el ángulo costolumbar izquierdo. El hallazgo de un derrame pleural izquierdo apoya el diagnóstico. Si bien los pacientes con una pancreatitis aguda pueden presentar ictericia, si ésta es acentuada y precoz sugiere la existencia de una coledocolitiasis asociada. Ocasionalmente, el dolor del paciente con pancreatitis se localiza más hacia el lado derecho del abdomen, incluyendo el cuadrante superior derecho. Esto se ve de preferencia en las pancreatitis en que predomina el compromiso de la cabeza del

TABLA 1

### DIAGNOSTICO DE LA PANCREATITIS AGUDA

1. Diagnóstico diferencial con cuadros potencialmente quirúrgicos (todos tienen hiperamilasemia):
  - Colecistitis aguda
  - Colangitis aguda
  - Úlcera perforada
  - Íleo mecánico
  - Accidente vascular mesentérico
2. Evaluación de componente biliar predominante:
  - Colecistitis aguda o colangitis aguda asociada
3. Evaluación de pronóstico:
  - Criterios de Ranson o de Imrie.

páncreas, pero desde luego es necesario descartar en estos pacientes una colecistitis aguda.

Ayudan también al diagnóstico los antecedentes de las asociaciones patogénicas más frecuentes, es decir, la litiasis biliar y el alcohol. Ocasionalmente se encuentran otras asociaciones, como la hiperlipidemia, la que puede ser por sí sola el factor desencadenante si las cifras de triglicéridos circulantes superan los 1.000 mg/dl.

A veces el diagnóstico es difícil. Particularmente crítica es la necesidad de tener presente la pancreatitis aguda en los enfermos que están en el postoperatorio de una cirugía biliar laboriosa o en pacientes que tienen antecedentes traumáticos del abdomen. Es frecuente que en estos casos el dolor propio del postoperatorio oculte el dolor de la pancreatitis, y que ésta se manifieste exclusivamente por la presencia de un fleo adinámico prolongado o por signos clínicos de hipovolemia, de shock, o de apremio respiratorio. De igual forma, es necesario tener presente que hay ocasiones en que la pancreatitis se presenta en asociación a procedimientos endoscópicos sobre la vía biliar. En estos casos el diagnóstico se sospecha ante la aparición de compromiso del estado general, dolor y distensión abdominal.

En la actualidad, el examen de laboratorio más útil para confirmar el diagnóstico de una pancreatitis es la medición de amilasa en sangre y orina. No obstante, es necesario tener presente que este examen puede alterarse en enfermedades con las cuales debe hacerse el diagnóstico diferencial de pancreatitis, como úlcera perforada, obstrucción intestinal o coledocolitiasis. Por lo tanto, cifras moderadas de hiperamilasemia no son específicas. La especificidad de este examen aumenta en la medida que la cifra de amilasa es más alta. El valor diagnóstico de la hiperamilasemia de ingreso puede reforzarse con otros exámenes, entre los que destaca por su utilidad la amilasuria de 24 horas, ya que ésta tiene un grado de especificidad mayor.

Al ingreso, la existencia de un recuento de glóbulos blancos elevados o de hipoxemia puede tener algún valor de apoyo pronóstico, pero no de apoyo diagnóstico, pues estos exámenes pueden alterarse al igual que la amilasa frente a otros cuadros abdominales agudos. En pacientes con hiperlipemia marcada y suero de aspecto lechoso, hallazgo que es frecuente al ingreso, puede verse amilasa dentro de rangos normales, lo que no descarta el diagnóstico. Al contrario, hay autores que señalan que frente a un cuadro clínico compatible, la presencia de un suero lipémico tiene un valor diagnóstico semejante al de una amilasa elevada. En algunos casos puede ser de utilidad la medición de lipasa circulante. Esta tiene una especificidad mayor que la amilasa según algunos autores. Sin embargo, este examen agrega relativamente poco en la práctica y ha sido reemplazado por las técnicas de imágenes que son de gran utilidad diagnóstica. La ecotomografía de urgencia y también la tomografía computada de abdomen permiten confirmar el diagnóstico en aquellos casos de duda.

Como se señaló anteriormente, hay que tener presente el diagnóstico diferencial de la pancreatitis aguda. Dada la trascendencia que tiene para el enfermo, lo más importante es descartar un cuadro cuyo tratamiento sea quirúrgico. Si bien el laboratorio puede ser de ayuda, y especialmente las técnicas de imágenes pueden contribuir a este diagnóstico diferencial, lo fundamental es la sospecha clínica. Para esto se requiere una evaluación clínica reiterada del paciente. Son de especial valor los signos de irritación peritoneal, pues si éstos aparecen precozmente o se acentúan, debe reconsiderarse el diagnóstico y plantearse la necesidad de una laparotomía exploradora, hasta cierto punto independientemente de la presencia de hiperamilasemia.

Es necesario tener presente que una laparotomía en un paciente con una pancreatitis aguda no altera mayormente el pronóstico. En cambio, las consecuencias son graves si ésta no se efectúa oportunamente, por ejemplo, en pacientes con una úlcera perforada o un infarto intestinal. Ayudan al diagnóstico diferencial algunos exámenes radiológicos corrientes, como la radiografía de abdomen simple. La presencia de aire subdiafragmático descarta el diagnóstico de pancreatitis y orienta hacia la perforación de una víscera hueca. También hay signos inespecíficos de pancreatitis en la radiografía de abdomen simple, como asas dilatadas en el abdomen superior o la dilatación del colon transversal.

Para la evaluación del componente biliar de un enfermo con pancreatitis, o para el diagnóstico diferencial entre un cuadro biliar y una pancreatitis aguda, existen también algunos hallazgos clínicos que son útiles. La aparición precoz de ictericia o de signos de sepsis orientan a patología biliar. También lo son signos de irritación peritoneal en el cuadrante superior derecho del abdomen. La ecotomografía es el examen radiológico de elección para aclarar esta eventual duda de diagnóstico.

En el paciente en que se ha hecho el diagnóstico de pancreatitis aguda, es de extrema importancia tratar de precisar el pronóstico. En general, la pancreatitis clínicamente leve se correlaciona morfológicamente con lo que se conoce como pancreatitis edematosa, en tanto que la pancreatitis de evolución grave corresponde por lo común a pancreatitis con necrosis pancreática o peripancreática. Afortunadamente, los casos de pancreatitis grave son los menos frecuentes. En una serie presentada por Imrie *et al.* se observó pancreatitis grave en sólo el 16% de más de cien enfermos consecutivos. Se ha señalado gráficamente que de cada tres o cuatro enfermos con pancreatitis, uno va a tener una pancreatitis grave, y que de cada tres de éstos, uno va a morir por su enfermedad.

No existen criterios absolutos para definir lo que es una pancreatitis grave. Desde luego, aquella que lleva a la muerte del paciente no ofrece discusión. Otros autores han sugerido que se puede catalogar como grave a un paciente con una pancreatitis si por esta causa debe permanecer más de siete días en una Unidad de Cuidados Intensivos o más de 14 días hospitalizado. Otros se refieren a signos clínicos de complicaciones, como el shock al ingreso, la insuficiencia respiratoria y la sepsis, entre otros. También se ha fundamentado el diagnóstico de pancreatitis aguda grave necrótica en el hallazgo de metahemalbúmina en la sangre (producto de degradación de la hemoglobina ligada a albúmina, indicador de hemólisis intravascular) o de líquido ascítico abundante de color oscuro. También se ha sugerido que es indicador de pancreatitis grave el hallazgo de algunas enzimas en sangre, como la ribonucleasa de los polimorfonucleares o elastasas.

Desde hace aproximadamente dos décadas Ranson *et al.* y algo después Imrie *et al.* han definido lo que se conoce como factores o criterios de mal pronóstico. Estos autores efectuaron un análisis computado de numerosos hallazgos clínicos y de laboratorio que se obtuvieron al ingreso y luego de las primeras 48 horas de evolución del paciente. Cada uno de los factores identificados tuvo una asociación estadísticamente significativa con evolución complicada o fatal. La asociación de más de uno de estos factores permitió predecir con mayor precisión el riesgo de complicaciones y de letalidad. Es así como para Ranson *et al.* la presencia de tres de los once factores permitía predecir una pancreatitis grave (Tabla 2). En pacientes con menos de tres factores, la letalidad fue inferior al 5%, mientras que en los con tres o más ella subió a 30%. En aquellos pocos pacientes que asociaron ocho o nueve factores de mal pronóstico de Ranson, la letalidad se acercó al 100%.

**TABLA 2**

**FACTORES O CRITERIOS DE PRONOSTICO**

<b>RANSON <i>et al.</i></b>	<b>IMRIE <i>et al.</i></b>
Al ingreso: _____	
Edad > 55 años	Recuento leucocitos > 15.000
Recuento leucocitos > 16.000/ml	Glicemia > 180 mg/dl
Glicemia > 200 mg/dl	BUN > 45 mg/dl
LDH > 350 UI/l	PaO <sub>2</sub> < 60 mmHg
SGOT > 250 USF	Calcemia < 8 mg/dl
48 horas: _____	
Caída de Hto > 10%	Albuminemia < 3,2 mg/dl
Alza del BUN > 5 mg/dl	LDH > 600 UI/l
Calcemia < 8 mg/dl	SGOT o SGPT > 200 U/l
PaO <sub>2</sub> < 60 mmHg	
Déficit de base > 4 mEq/l	

Junto a la utilidad pronóstica para el caso individual, el empleo de los criterios de Ranson ha permitido comparar resultados terapéuticos y de evolución en distintas series, utilizando esta evaluación común. Al referirse a los criterios pronósticos, es necesario tener presente que ellos no tienen valor diagnóstico.

Aparte de los signos y criterios ya mencionados, hay otros hallazgos que también son indicadores de gravedad y de mal pronóstico. Entre ellos está el hallazgo de equimosis lumbar o periumbilical, pues ambos reflejan necrosis y hemorragia retroperitoneal. También se ha correlacionado con una pancreatitis de evolución grave la existencia de hiperfibrinoginemia, por ejemplo. Sin embargo, todas estas determinaciones se han visto reemplazadas en forma universal por los criterios ya mencionados.

En nuestra experiencia, el valor pronóstico de los criterios de Ranson se ha confirmado ampliamente. Es así como en una serie de 63 pacientes con pancreatitis grave, el 57% tenía tres o cuatro factores de mal pronóstico, el 30% tenía de cinco a seis factores, mientras que ocho pacientes tenían siete o más signos. Los pacientes de esta serie que tuvieron tres o cuatro factores de pronóstico de Ranson tuvieron una letalidad del 16%, la que subió a 37% en los que tenían cinco o seis criterios positivos, mientras que en aquellos que tenían entre siete a nueve criterios fue de 62,5%. Todas estas diferencias tienen un valor estadísticamente significativo.

En consecuencia, sumando los hallazgos clínicos con los hallazgos de laboratorio y los aportes que ofrece actualmente la radiología, es posible no sólo llegar al diagnóstico de certeza de pancreatitis aguda, sino que también acercarse con precisión al pronóstico del paciente.

Por fortuna, la letalidad precoz por la pancreatitis aguda ha disminuido notablemente gracias a los aportes del cuidado intensivo. Estos se refieren en especial al manejo de la hipovolemia, de la insuficiencia respiratoria y de la insuficiencia renal, entre otras complicaciones. Por lo tanto, las muertes por pancreatitis aguda se están circunscribiendo cada vez más a aquellos pacientes que en algún momento de su evolución presentan una complicación séptica del retroperitoneo. El pronóstico de un paciente con pancreatitis necrótica es sustancialmente distinto al del que tiene una necrosis infectada.

Los métodos anteriormente descritos, en conjunto, permiten identificar a los pacientes que tienen una pancreatitis leve o edematosa y aquellos que tienen una pancreatitis grave o necrótica. Son éstos los pacientes que están en mayor riesgo de desarrollar una sepsis de origen retroperitoneal y, en consecuencia, son éstos los pacientes en los que el cuidado clínico debe ser más riguroso y frecuente, a fin de hacer el diagnóstico oportuno de la complicación séptica.

**REFERENCIAS ESCOGIDAS**

1. Leach SD, Gorelick FS, Modlin IM. Acute pancreatitis at its centenary. *Ann Surg*, 1990; 212:109-113.
2. Martínez J, Zúñiga A, Guzmán S et al. Pancreatitis aguda grave. Análisis de la letalidad y morbilidad. *Rev Med Chile*, 1991; 119:659-669.
3. Blamey SL, Imrie LW, O'Neil J, Gilmons WH, Carter DC. Prognostic factors in acute pancreatitis. *Gut*, 1984; 25:1340-1346.
4. Williamson RCN: Early assessment of severity in acute pancreatitis. *Gut*, 1984; 25:1331-1339.
5. Ranson JHC, Rijbind KM, Roses DF, Fink SU, Eng K, Spencer F. Prognostic signs and the role of operation management in acute pancreatitis. *SGO*, 1974; 139:69-81.