

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "MANUEL ASCUNCE DOMENECH" DE CAMAGÜEY

## Pancreatitis aguda: terapéutica médica

*Dr. Rafael Pila Pérez, Dr. Eduardo A. González Garrido, Dr. Juan Amador Betancourt,  
Dr. Héctor Lezpona Martín*

Pila Pérez, R. y otros: *Pancreatitis aguda: terapéutica médica.*

Se hace una revisión de 68 expedientes clínicos de pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda en el período comprendido de 1975-1983, ambos años inclusive, en el Hospital Provincial Docente "Manuel Ascunce Domenech" de Camagüey. Tomamos como base de estudio la terapéutica médica empleada en estos pacientes y se establece una relación con la terapéutica médica más actual de la enfermedad. Revisamos la literatura médica existente en nuestro medio y comparamos los resultados obtenidos con los de otros autores.

### INTRODUCCION

El concepto de que la pancreatitis debe tratarse médicamente y no por cirugía, representa un punto en el "arco de un péndulo" que todavía está oscilando.

Al comenzar el siglo, el tratamiento no quirúrgico de esta enfermedad, que muy a menudo se presenta con los signos de catástrofe abdominal inminente o ya ocurrida, era difícilmente concebible. En primer lugar, se desconocían métodos para el diagnóstico diferencial y en segundo lugar, el tratamiento de sostén era tan rudimentario, que nos sostenían lógicas de temporización.

En 1937 se publicó un artículo<sup>1</sup> con el título de "Pancreatitis Aguda: un problema médico". Dos factores contribuyeron a este cambio de actitud:

1. La mortalidad quirúrgica elevadísima y 2. La cifra sorprendentemente alta de pacientes que por una razón u otra no pudieron operarse.

El objetivo de nuestro trabajo está encaminado a hacer una revisión de la terapéutica actual de esta enfermedad y relacionarla con el tratamiento médico empleado en 68 casos diagnosticados en nuestro centro.

\* Especialista de II Grado en Medicina Interna,

\*\* Especialista de I Grado en Medicina Interna.

\*\*\* Residente de 3er. año en Medicina Interna.

## MATERIAL Y METODO

Se hace una revisión de los expedientes clínicos de 110 casos con el diagnóstico de pancreatitis aguda en el Hospital Provincial Docente "Manuel Ascunce Domenech" de Camagüey, en el período comprendido de 1975-1983. De estos casos, tomamos como material de estudio 68 expedientes clínicos que correspondieron a pacientes que fueron sometidos a tratamiento médico, y se trata de establecer los nexos existentes con la terapéutica actual de esta enfermedad.

El diagnóstico de esta enfermedad se fundamentó en el cuadro clínico, exámenes de laboratorio y radiológicos, ultrasonido, durante el acto quirúrgico, o en estudios necróticos en pacientes fallecidos.

## DESARROLLO Y COMENTARIOS

La pancreatitis aguda es una enfermedad que concierne a internistas, terapeutas, gastroenterólogos y cirujanos por su cuadro clínico frecuentemente "dramático" y sus problemas diagnosticados.<sup>2</sup> Es tal la importancia de esta enfermedad que los pacientes son tratados en el momento actual en salas de cuidados especiales, ya que estos enfermos requieren monitoreo y vigilancia clínica extrema.<sup>3</sup>

La esencia del tratamiento consiste en (tabla 1 y 2):

1. Alivio al dolor.
2. Inhibición de la secreción pancreática.
3. Mantenimiento del balance de líquidos y de electrolitos.
4. Prevención de las infecciones.
5. Tratamiento de las alteraciones metabólicas.
6. Medicamentos antitripticos.
7. Tratamiento del *shock* y de otras complicaciones.

### ALIVIO DEL DOLOR

Para el alivio inicial del dolor intenso está indicado el uso parenteral de un analgésico poderoso.<sup>4</sup>

La mayoría de los autores opinan que la meperidina es preferible a los alcaloides del opio<sup>4-7</sup> y a juicio de algunos, la morfina está contraindicada.<sup>8</sup>

La dosis inicial de meperidina varía de 50-100 mg cada 4 ó 6 horas por vía parenteral.

En los casos que nosotros revisamos se utilizó el mederol en el 35,3 % de los mismos (24 pacientes) y el avafortán en el 64,7 % (44 pacientes).

*Babb*<sup>3</sup> aconseja el uso de codeína e incluso el uso de otros narcóticos; pero si el dolor continúa siendo un problema importante, pueden emplearse otras medidas que incluyen bloqueo ganglionar, esplácnico, paravertebral y epidural.<sup>9</sup> También se han utilizado anestésicos por vía endovenosa como la procaína<sup>10</sup>

En los casos de nuestra serie no se utilizaron estos procedimientos terapéuticos, ni tampoco en los casos de otros autores nacionales revisados.<sup>11</sup>

Tabla 1. *Pancreatitis aguda*

Terapéutica	No.	%
Hidratación	68	100
Antibióticos	68	100
Aspiración nasogástrica	65	95,6
Alusil	62	91,2
Atropina	52	76,5
Trasylo	48	70,5
Avafortán	44	64,7
Plasma, sangre o dextrán	39	57,4
Mederol	24	35,3
Gluconato de calcio	24	35,3
Corticosteroides	19	27,6
Insuprel	19	27,6
Aminofilina	14	20,6
Cedilanid	12	17,6
Insulina	11	16,1
Glaumox	8	11,8
Hemodiálisis	3	4,4
Diuréticos	3	4,4
Cimetidina	2	3

Fuente: Expedientes clínicos, Hospital Provincial Docente "Manuel Ascunce Domenech" Camagüey.

Tabla 2. *Pancreatitis aguda*

Antibióticos más usados	No.	%
Penicilina	35	51,4
Estreptomina	31	45,6
Tetraciclina	11	16,1
Ceporán	9	13,2
Ampicillín	6	8,8
Collmicín	4	5,8
Cloranfenicol	3	4,4

Fuente: Expedientes clínicos. Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech , Camagüey.

#### INHIBICION DE LA SECRECION PANCREATICA

Se puede lograr mediante la aspiración nasogástrica continua con la finalidad de prevenir la secreción pancreática por el ácido gástrico, pero debe considerarse que el estímulo mayor de la secreción pancreática es el alimento en la parte superior del intestino y que el logro mayor de este proceder es el control de los vómitos y del íleo reflejo.

En el 95,6 % (65 pacientes) de los casos que revisamos se utilizó la aspiración nasogástrica, pero es de destacar que otros autores<sup>11</sup> sólo la emplearon en el 88,5 % de sus enfermos.

Diversos trabajos<sup>4,7,12</sup> incluyen como parte integral del régimen terapéutico los fármacos anticolinérgicos y en muchos casos se hace mención de la bantina o probatina, pero se ha demostrado que ninguno de los anticolinérgicos sintéticos es mejor que la atropina.<sup>13</sup>

Los anticolinérgicos pueden reducir la secreción pancreática por acción directa y por inhibición de la secreción basal del ácido clorhídrico.

En los casos revisados por nosotros se utilizó la atropina en el 76,6 % de los casos (52 pacientes), mientras que *Ramírez López*<sup>11</sup> la administró al 54,2 % de sus enfermos.

Se han empleado otros fármacos para el logro de estos fines, entre los que se encuentran la ergotamina, la adrenalina, el propiltiouracilo, el glaucox y la cimetidina.<sup>14,15,16</sup> El glaucox disminuye la secreción pancreática y es bien tolerado por el hombre. Al 11,8 % de los enfermos (8 pacientes) de nuestra serie, que tenían cifras muy elevadas de amilasa se les administró este medicamento y se logró una reducción ostensible de la misma. Es de destacar que otros autores nacionales no lo emplean,<sup>11</sup> ni está contemplado en las Normas de Medicina Interna de nuestro país.<sup>17</sup>

#### MANTENIMIENTO DEL BALANCE DE LIQUIDOS Y DE ELECTROLITOS

La mejor guía para estimar las necesidades de sustitución consiste en establecer un balance hidromineral estricto y prever que en casos graves pueden necesitarse durante varios días soluciones de electrólitos y otros líquidos, es recomendable el abordaje venoso profundo.<sup>17</sup>

Se administran soluciones equilibradas de electrólitos en volúmenes suficientes para mantener una excreción urinaria de 1 000 — 1 500 *mi* en 24 horas.<sup>8,13</sup>

El sodio debe administrarse en 90 *meq* / l y el potasio en 80 *meq* / l en 24 horas, teniendo en consideración las pérdidas concurrentes, como la preconizan la mayoría de los autores y nuestras Normas de Medicina Interna<sup>7,11,17</sup>

Un trastorno electrolítico que siempre hay que tener en cuenta es el del calcio.<sup>18</sup> Si el calcio sanguíneo cae por debajo de 5,5 *meq* / l o si hay evidencias clínicas de hipocalcemia se inyecta lentamente por vía endovenosa 20 *mi* de solución al 10 % de gluconato de calcio y una cantidad igual se añade a cada litro de solución endovenosa.

En los casos que revisamos se utilizó este fármaco en el 35,3 % (24 pacientes), mientras que otros autores informan su uso en porcentajes similares.<sup>4-11</sup>

#### PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES

La pancreatitis aguda puede progresar rápidamente hacia un proceso supurado. Muchos clínicos aconsejan usar antibióticos inicialmente,<sup>109-20</sup> pero otros<sup>3</sup> prefieren emplearlo sólo si hay signos de infección. En las Normas de Medicina Interna vigentes en nuestro país se plantea el uso de penicilina asociada a la estreptomina<sup>17</sup>, sin embargo, otros autores recomiendan la utilización de ampicilín o ceforán en combinación con un aminoglucósido.<sup>3</sup>

En la serie que revisamos, los antibióticos más usados fueron, la penicilina y la estreptomina en combinación; sin embargo, *Ramírez López*,<sup>11</sup> utilizó en la mayoría de sus pacientes tetraciclina.

#### TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES METABÓLICAS

Si hay glucosuria o hiperglicemia se administran dosis adecuadas de insulina simple, se cuida de no producir hipoglicemia, lo cual agravaría el estado del paciente. En los casos que revisamos se usó la insulina en el 16,1 % (11 pacientes).

#### MEDICAMENTOS ANTITRÍPTICOS

Diversos autores,<sup>21-22</sup> señalan el empleo de un medicamento antitriptico en el tratamiento de la pancreatitis aguda, debido a que producen una rápida disminución del dolor por inactivación de cininas; sin embargo, *Badd*<sup>8</sup> señala que aún está en discusión su efecto en la pancreatitis.

En la serie que revisamos se utilizó la aprotinina (trasyol) en el 70,6 % de los casos (48 pacientes), mientras que *Ramírez López*,<sup>11</sup> lo usó en el 31,4 % de sus pacientes.

#### TRATAMIENTO DEL SHOCK

La amenaza del *shock* en los enfermos con pancreatitis es constante, por lo que la vigilancia en este sentido debe ser extrema. Este puede presentarse por hipovolemia, debido a la reducción intensa del volumen sanguíneo que depende de pérdida de plasma y sangre hacia tejidos inflamados y cavidad peritoneal. La hemorragia en el tubo digestivo puede agravar más la deficiencia.

Mientras se obtienen los datos del laboratorio y se efectúan pruebas de compatibilidad, debe administrarse por vía intravenosa dextrán, plasma o albúmina humana.<sup>23</sup> El dextrán ha sido el más empleado por la facilidad de su uso y además se ha señalado que produce inhibición mantenida de la secreción pancreática.<sup>23</sup> Se emplea sangre completa según el valor del hematócrito y volumen sanguíneo.

Si el *shock* es por infarto agudo del miocardio o por otra complicación específica utilizamos insuprel.<sup>17</sup>

La sangre o sus sustitutos fueron administrados al 57,4 % de los casos que revisamos (39 pacientes) y el insuprel en el 27,6 % (19 pacientes).

#### OTRAS MEDIDAS

Se han atribuido resultados favorables y a menudo notables a la administración de esteroides,<sup>24,25</sup> sin embargo, otras observaciones inculpan a éstos de causar pancreatitis aguda en el hombre.<sup>26</sup> Anderson<sup>27</sup> emplea los esteroides y señala que son medicamentos de gran valor para mantener el riego sanguíneo normal del páncreas y prevenir el edema y la ruptura de la barrera vásculo-ductal. Este medicamento fue administrado al 27,6 % de la serie que revisamos (19 pacientes). Otros autores<sup>20,21</sup> lo emplearon en por cientos similares.

Actualmente se dispone de potentes inhibidores de la secreción clor- hidropéptica, como son los antagonistas de los receptores H<sub>2</sub>, pero el efecto de estas sustancias sobre el páncreas es poco conocido.<sup>27</sup> En nuestros casos se empleó la cimetidina en el 3 % (2 pacientes). También se ha empleado con estos fines el glucagón para inhibir la secreción pancreática exocrina.<sup>28</sup>

#### CONCLUSIONES

1. La terapéutica de la pancreatitis aguda es básicamente médica cuando el diagnóstico no ofrece dudas.
2. El dolor debe aliviarse inicialmente con la administración parenteral y con dosis adecuadas, de un analgésico eficaz.
3. La vía oral debe ser suprimida excepto para la administración de antiácidos y otros medicamentos, según se toleren.
4. Las náuseas, los vómitos y la distensión son indicaciones para la intubación, descompresión gástrica o intestinal continua.
5. Se debe prestar máxima atención al balance hidromineral.
6. Es necesario vigilar y tratar la hiperglicemia y la hipocalcemia.
7. A todos los casos diagnosticados como graves se les administrará antibióticos.
8. Si el paciente no evidencia mejoría a las 24 horas de haber instituido un tratamiento adecuado, se evaluará el uso de los esteroides, según criterios de varios autores, sobre todo en los pacientes operados.
9. Siempre que sea posible todos los casos con diagnóstico de pancreatitis aguda deben ser ingresados y tratados en salas de cuidados especiales.

#### SUMMARY

Piia Pérez, R. et al.: *Acute pancreatitis: medical therapeutics.*

A review of 68 clinical histories of patients with diagnosis of acute pancreatitis, during 1975-1983 period, including both years, is carried out at the "Manuel Ascunce Domenech" Teaching Provincial Hospital, Camagüey. Medical therapeutics used in these patients is taken as base for study, establishing a relation to the newest medical therapeutics for such disease. Medical literature available is reviewed and results obtained by us are compared with those from other authors.

## RESUME

Pila Pérez, R. et al.: *Pancreátite aiguë: thérapeutique médicale.*

Une revue est faite de 68 dossiers de malades ayant le diagnostic de pancréatite aiguë, traités dans la période comprise entre 1975 et 1983 dans l'Hôpital Provincial Universitaire "Manuel Ascunce Domenech", de Camagüey. Sur la base de l'étude de la thérapeutique médicale employée chez ces malades, il est établi un rapport avec la thérapeutique médicale la plus avancée pour cette maladie. Une revue est faite de la littérature médicale existante dans notre milieu et les résultats obtenus sont comparés avec ceux rapportés par d'autres auteurs.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Trasffe, A.; M. Scarf:* Acute pancreatitis: a medical problem. Am J Med 194: 470, 1937.
2. *Torres León. T. y cois.:* Pancreatitis aguda: Estudio basado en 31 expedientes clínicos. Rev Cub Med 21: 264-275, 1982.
3. *Babb, R.:* Pancreatitis aguda. Terapéutica de H. F. Coon. EE.UU. Ed. Revolucionaria 1982. Pp. 456-457.
4. *Ortiz, J.:* Pancreatitis aguda. Tratamiento. Rev Gastrum 93-105, 1980.
5. *Bockus, H.L.:* Acute pancreatitis diagnosis and treatment. South Med J 46: 388, 1953.
6. *Farrar, J.:* Pancreatitis. Medical aspects. Med Clin North Am 38: 1393, 1954.
7. *Ammann, R.:* Pancreatitis aguda. Gastroenterología. *Bockus H.L.* 3ra. ed. Barcelona, Editorial Salvat, 1981. P. 1081.
8. *Zominger, R.B.:* Pancreatitis. Postgrad Med 15: 325, 1953.
9. *Olbrign, J. et al.:* Pancreatitis, observations in 131 patients. New England J Med 253: 355, 1955.
10. *Keats, A.S. et al.:* Controlled study of pain relief by intravenous procaine. JAMA 147: 1761, 1951.
11. *Ramírez López, M. y cois.:* Aspectos actuales del tratamiento médico de la Pancreatitis Aguda. Rev Cub Cir 15: 333-359, mayo-julio, 1976.
12. *Bachrach, W.H. et al.:* A critical analysis of criteria for clinical evaluation of anti- cholinergic and spasmolytic drugs in gastroenterology. Act Med Sean 148 (Suppl) 228, 1954.
13. *Ranson,* Pancreatitis Aguda. ¿En qué nivel nos encontramos? Clin Quirug Norteam 1: 53, 67, 1981.
14. *Anderson, M.C. et al.:* Use of carbonic anhydrase inhibitor In the treatment of pancreatitis. Am J Dig Dis 11: 367, 1966.
15. *That. A.P. et al.:* Release of vasoactive substances in acute pancreatitis. Am J Surg 103: 708, 1963.
16. *Muro, J.; J.M. Segura:* Pancreatitis Aguda. Diagnóstico. Rev Gastrum 75-90. 1980.
17. *MINSAP:* Norma Nacional de Medicina Interna. Pancreatitis Aguda. Cuba, Instituto del Libro, 1976. P. 524.
18. *Córtense, A.F.; F. Glenn:* Hypocalcemia and tetany with steroid-induced acute pancreatitis. Arch Surg 96: 19, 1968.
19. *Ullin. A.W. et al.:* Mortality factors in experimental Hemorrhagic pancreatitis. Gastroenterology 38: 751, 1980.
20. *Ruiz de Aguilar González. J. y cois.:* Pancreatitis Aguda. Estudio basado en 73 historias clínicas. Rev Clin Esp 150: 3-4, 1978.
21. *Grozinger, K.H.:* Pancreatitis, progress in manegement. Surgery 59: 319, 1966.
22. *Tounts, C. et al.:* Local intra arterial infusion of antiemzymes in the treatment of pancreatitis. Surgery 60: 1235, 1966.

23. *Zimberg, Y.H.*: Pancreatitis: principles of management. *Surg Clin North Am* 48 (4), agosto, 1968.
24. *Kaplan, M. H.*: Steroid therapy in pancreatitis. *Am J Dig Dis* 2: 69, 1957.
25. *Anderson, M.C. et al.*: Treatment of acute pancreatitis with adrenocorticosteroids. *Surgery* 55: 551, 1964.
26. *Velp, W.B.*: Acute pancreatitis associated with steroid therapy. *Arch Intern Med* 108: 702, 1961.
27. *Pérez de Otelza, C. y cois.*: Tratamiento controlado de la Pancreatitis Aguda. Ensayo doble ciego con Cimetidina. *Rev Clin Esp* 138: 263, 1980.
28. *Cordon, J.fi. et al.*: Glucagon therapy In acute pancreatitis. *Br J Surg* 60: 509-511, 7 de julio de 1973.

Recibido: 17 de junio de 1985  
Aprobado: 13 de febrero de 1986

Dr. *Rafael Pila Pérez*  
Lugareño 317, Apto. 403  
Camagüey  
Cuba