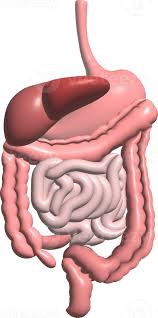
Patologias del aparato digestivo



Esofagitis

Es un término general para cualquier inflamación, irritación o hinchazón del esófago, el tubo que va desde la parte posterior de la boca hasta el estómago.

Causas

Con frecuencia, la esofagitis es causada por el reflujo de líquido que contiene ácido desde el estómago hacia el esófago, una afección llamada reflujo gastroesofágico. Un trastorno autoinmunitario Llamado esofagitis eosinofílica también causa esta afección.

Los siguientes factores incrementan el riesgo de esofagitis:

✓ Consumo de alcohol

✓ Consumo de cigarrillos

✓ Cirugía o radiación en el pecho (por ejemplo, el

tratamiento para el cáncer pulmonar)

✓ Vómitos

✓ Fármacos irritantes

Síntomas

La infección o irritación puede hacer que el esófago resulté inflamado y se pueden formar llagas llamadas úlceras.

Los síntomas pueden abarcar:

✓ Tos

✓ Dificultad para deglutir disfagia ✓ Deglución dolorosa

✓ Acidez gástrica (reflujo de ácido) ✓ Ronquera o disfonía

Dolor de garganta

Diagnóstico: Pruebas y exámenes

El médico puede llevar a cabo los siguientes exámenes:

• Manometría esofágica

• Esofagogastroduodenoscopia (EGD): extracción de un pedazo de tejido del esófago para su análisis (biopsia)

• Tránsito esofagogastroduodenal (esofagografía)

Tratamiento

El tratamiento depende de la causa. Para el reflujo, se pueden necesitar medicamentos para reducir el ácido. Las infecciones necesitarán tratamiento con antibióticos.



El estómago es un órgano que se encuentra entre el esófago y el intestino delgado. En él comienza la digestión de las proteínas. El estómago cumple con tres. funciones. Almacena la comida deglutida. Mezcla la comida con los ácidos gástricos. Luego envía la mezcla hacia el intestino delgado.



Gastritis

La gastritis ocurre cuando el revestimiento del estómago resulta inflamado.

La gastritis puede durar sólo por un corto tiempo (gastritis aguda).

También puede perdurar durante meses o años (gastritis crónica).

Causas

Las causas más comunes de gastritis son:

• Consumo de algunos fármacos como ácido

 acetilsalicílico, diclofenac.

.Ingerir alcohol.

• Infección del estómago con una bacteria llamada

Helicobacter pylori.

Las causas menos comunes son:

• Trastornos autoinmunitarios (como anemia

.Reflujo de bilis hacia el estómago (reflujo biliar).

• Consumo de cocaína.

Ingerir o beber sustancias corrosivas o cáusticas (como venenos).

• Estrés extremo.

Síntomas

Muchas personas con gastritis no tienen ningún tipo de síntomas.

Los síntomas:

• Anorexia

• Náuseas y vómitos.

• Dolor en la parte superior del vientre epigastrio

• Ardor retroesternal

• Pirosis

. reflujo

Si la gastritis está causando sangrado del revestimiento del estómago, los síntomas pueden abarcar:

• Heces negras.

• Vómitos con sangre

Diagnostico

Pruebas y exámenes

Los exámenes que se puede necesitar abarcan:

✓ Conteo sanguíneo completo (CSC) para buscar

anemia o hemograma bajo.

✓ Examen del estómago con un endoscopio

(esofagogastroduodenoscopia o EGD).

Exámenes para H. pylori.

Examen coprológico para buscar pequeñas cantidades de sangre en las heces, lo cual puede ser un signo de hemorragia digestiva.

Tratamiento

✓ dejar de tomar ácido acetilsalicílico (aspirina), ibuprofeno, naproxeno u otros medicamentos que puedan estar causando la gastritis.

✓ Protectores de la mucosa. sulcrafato

✓ Antiácidos.: bicarbonato hidróxido de aluminio ✓ Antagonistas H2: famotidina   cimetidina

✓ Inhibidores de la bomba de protones (IBP): omeprazol esomeprazol rabeprazol y pantoprazol

Si estuviera sobre infectada con helicobacteripilory se agrega antibiótico junto con inhibidor de bomba de protones el protocolo es

O-Omeprazol

C-Claritromicina

A-amoxicilina

En alérgicos a penicilina podemos reemplazar amoxicilina por metronidazol



Ulcera gástrica

Una úlcera gástrica ocurre en el estómago.

Una úlcera duodenal ocurre en la primera parte del intestino delgado.

Causas

Normalmente, el revestimiento del estómago y del intestino delgado puede protegerse contra los ácidos fuertes del estómago. Si este revestimiento se rompe, el resultado puede ser: Tejido inflamado llamado gastritis .La mayoría de las úlceras ocurren en la primera capa del revestimiento interior. Es una solución de continuidad en el revestimiento o mucosa de un sector del estómago o el duodeno

La causa más común de úlceras :

Es una infección del estómago por la bacteria llamada Helicobacter pylori (H. pylori), que la mayoría de las personas con úlceras pépticas tienen viviendo en el tracto gastrointestinal. Sin embargo, muchas personas que tienen esta bacteria en el estómago no padecen una úlcera.

• alcohol.

• Uso de antinflamatorios

. Fumar

• estrés

Síntomas

Es posible que las úlceras pequeñas no causen ningún síntoma. Algunas úlceras pueden provocar sangrado serio.

• El dolor abdominal

• Ardor

• Pirosis

Reflujo.

• Náuseas leves que pueden desaparecer con el vómito

• Heces negras o con sangre

• Dolor torácico o retroesternal

Fatiga

• Vómitos, posiblemente con sangre

• Pérdida de peso

Pruebas y exámenes

Diagnostico

✓ endoscopia de vías digestivas altas.

Es un examen para revisar el revestimiento del esófago (el conducto que conecta la garganta con el esófago), el estómago y la primera parte del intestino delgado.

Se hace con una pequeña cámara (endoscopia flexible) que se introduce por la garganta.

La endoscopia de vías digestivas altas se hace en la mayoría de las personas cuando se sospechan úlceras pépticas o cuando uno:

Es mayor de 45 a 50 años.

Tiene un hemograma bajo (anemia).

Tiene dificultad para tragar.

Está vomitando sangre o tiene heces negras y de aspecto alquitranoso o con sangre.

Ha estado bajando de peso

También se necesitan exámenes para H. pylori.

Examen de hemoglobina en la sangre para verificar si hay anemia.

Examen de sangre oculta en heces para verificar si hay sangre en las heces.

Algunas veces se puede necesitar un examen llamado tránsito esofagogastroduodenal. Se toma una serie de radiografías después de que usted bebe una sustancia espesa llamada bario.

Tratamiento

Destruir la bacteria H. pylori (si está presente).

Reducir los niveles de ácido en el estómago.

Inhibidores de la bomba de protones, como omeprazol lansoprazol o esomeprazol.

Medicamentos que protegen el revestimiento del tejido (como sucralfato).

Si una, úlcera péptica sangra mucho, se puede necesitar una EGD para detener el sangrado. Los métodos empleados para detener el sangrado incluyen:

Inyectar un medicamento en la úlcera.

Se puede requerir cirugía si:

El sangrado no se puede detener con una EGD.

Síndrome del intestino irritable

El síndrome del intestino irritable es un trastorno que lleva a dolor abdominal y cambios en el habito intestinal.

causas

Las razones de por las que se presenta este síndrome no son claras. Puede ocurrir después de una infección intestinal. Esto se denomina síndrome del intestino irritable pos infeccioso. Igualmente, puede haber otros desencadenantes.

El intestino está conectado al cerebro. Las señales van y vienen entre el intestino y el cerebro. Éstas afectan el funcionamiento intestinal y los síntomas. Los nervios pueden volverse más activos durante momentos de estrés, lo que provoca que los intestinos sean más sensibles y se compriman o se contraigan más.

Este síndrome puede ocurrir a cualquier edad, pero a menudo comienza en la adolescencia o a principios de la vida adulta y es dos veces más común en las mujeres que en los hombres.

Los síntomas fluctúan de leves a graves. La mayoría de las personas tiene síntomas leves.

Se dice que una persona tiene este síndrome cuando los síntomas han estado presentes por al menos 3 días al mes durante período de 3 meses o más.

Los síntomas principales del síndrome del intestino irritable son:

✓ Dolor abdominal

✓ meteorismo

sensación de saciedad

✓ Distensión abdominal

✓ Urgencia

✓ Estreñimiento

✓ Diarrea

✓ Los síntomas mejoran después de la deposición

Las personas con este síndrome pueden alternar entre estreñimiento y diarrea o en su mayor parte tener uno o el otro.

Pruebas y exámenes

No hay un examen para diagnosticar el síndrome del intestino irritable. La mayoría de las veces, el médico puede diagnosticarlo con base en sus síntomas.

Se pueden hacer los siguientes exámenes para descartar otros problemas:

Exámenes de sangre para ver celiaquía o un hemograma bajo (anemia).

Coprocultivos para ver si hay una infección.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas.

Los cambios en el estilo de vida pueden ser útiles en algunos casos de síndrome del intestino irritable. Por ejemplo, el ejercicio regular y el mejoramiento en los hábitos de sueño pueden reducir la ansiedad y ayudar a aliviar los síntomas intestinales.

Los siguientes cambios pueden ayudar:

Evitar alimentos y bebidas que estimulen los intestinos, como la cafeína, el té o las colas.

Ingerir comidas más pequeñas.

Incrementar la fibra en la alimentación (esto puede mejorar el estreñimiento, pero empeora la distensión).

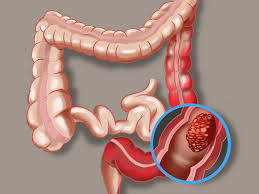
Medicamentos anticolinérgicos hioscina

Loperamida para tratar la diarrea.

Dosis bajas de antidepresivos tricíclicos para ayudar a aliviar el dolor intestinal.

La psicoterapia o los medicamentos para la ansiedad o la depresión pueden ayudar con el problema.

CÁNCER DE COLON



Es una neoplasia que comienza en la mucosa del colon Normalmente las células malignas se localizan en la porción intermedia y más larga del intestino grueso.

Este tipo de cáncer es uno de los más comunes a nivel mundial y también de los más fáciles de diagnosticar. Además, las tasas de curación son elevadas si se detecta precozmente y tarda mucho en desarrollarse.

El colon, junto con el recto (porción final del intestino grueso) es el lugar donde se almacenan las heces antes de ser expulsadas al exterior a través del ano. Al encargarse de esta labor, acumula sustancias de desecho, por lo que es un lugar propicio para la aparición de un cáncer. Por eso es importante reducir el tiempo de acumulación al mínimo adoptando una dieta equilibrada que facilite el tránsito intestinal adecuado evitando el

estreñimiento.

El cáncer de colon puede crecer de tres formas:

Crecimiento local: En este caso el tumor invade

profundamente todas las capas de la pared del tubo digestivo. En primer lugar, el tumor maligno crece desde la mucosa, y llega a las capas musculares y serosa con posibilidad de diseminarse. En el momento que el cáncer traspasa la pared del intestino puede diseminarse a todos los órganos.

Diseminación linfática: Cuando el tumor va

profundizando en la pared del intestino puede llegar a los órganos utilizando la red de vasos linfáticos que permiten el acceso a múltiples regiones ganglionares. Una de las características de esta difusión es que se realiza de forma ordenada alcanzando primero a los ganglios cercanos hasta llegar a los más alejados.

- Diseminación hematógena: Aquí el tumor se sirve del torrente sanguíneo para diseminar las células cancerígenas al hígado, los pulmones, los huesos y el cerebro, principalmente.

Incidencia

Las principales causas que provocan esta enfermedad

son:

- Edad: La mayor parte de los casos de cáncer de colon se localizan en personas entre los 65 y los 75 años aunque puede haber casos que se manifiesten entre los 35 y los 40 años. Si se diagnostican antes de esa edad suele deberse a que el paciente tiene una predisposición genética a padecer esta patología.

Dieta: El cáncer de colon parece estar asociado a dietas ricas en grasas y pobres en fibra. En este sentido, actualmente se están llevando

llevando a cabo numerosas investigaciones.

Herencia: En el cáncer de colon desempeña un importante papel la genética, ya que existe la posibilidad de que se transmita hereditariamente y predisponga a la persona a sufrir la enfermedad. Sin embargo, esto puede detectarse y permitir tratar el cáncer de manera

precoz.

- Historial médico: Se ha demostrado que quienes tienen una mayor predisposición a padecer esta enfermedad son las personas que tienen o han tenido pólipos (crecimiento

benigno) de colon o recto, colitis ulcerosa (enfermedad inflamatoria intestinal), cáncer de mama, útero u ovarios.

- Parientes de primer o segundo grado que también han tenido cáncer de colon.

Estilo de vida: Existen ciertos factores que dependen del estilo de vida y que predisponen a la aparición del cáncer de colon, como, por ejemplo, la obesidad, la vida sedentaria y el tabaquismo.

Síntomas

El cáncer colorrectal tiene una larga evolución y sus síntomas pueden variar dependiendo de la localización del tumor, en el intestino grueso. Las molestias más frecuentes aparecen en la fase avanzada de la enfermedad. Sin embargo, estos síntomas no son exclusivos del cáncer de colon y pueden producirse en otras patologías como las hemorroides o determinados trastornos digestivos.

✓ Cambios en el ritmo intestinal

✓ Los pacientes que tienen cáncer de colon pueden, en diarrea y. en otros,

algunos casos, tener

estreñimiento.

✓ Sangre en las heces

✓ el color de la sangre puede ser roja o negra.

✓ La presencia de la sangre roja se da principalmente cuando la persona presenta tumores de la parte más distal del colon y recto. En el caso de la sangre negra, éste color aparece porque la sangre está digerida y procede de tramos más próximos del colon dando lugar a haces negras que se conocen con el nombre de melenas.

✓ Si este síntoma no se diagnostica pronto y el paciente no recibe el tratamiento adecuado puede agravarse y dar lugar a la aparición de una anemia. En estos casos el paciente puede sufrir mareos, cansancio o tener la sensación de que le falta el aire, entre otros síntomas.

✓ Por otro lado, el enfermo puede detectar que sus deposiciones cambian de tamaño y son más estrechas. Esto se produce porque el intestino se está estrechando.

✓ Si los tumores están situados en la parte distal del colon, el paciente también puede tener la sensación de que no se completa la deposición y que la evacuación es incompleta.

✓ Dolor o molestia abdominal

✓ Las molestias y los dolores abdominales suelen ser muy comunes. Esto se debe a que el tumor obstruye en parte el tubo intestinal y se produce un dolor y una situación parecida a la de los cólicos.

En algunos casos el cierre del tubo puede llegar a completarse y se produce una obstrucción intestinal, en estas situaciones es necesario que el paciente reciba atención médica quirúrgica urgente.

✓ Pérdida de peso sin causa aparente,

✓ pérdida de apetito

cansancio constante

Al igual que otras enfermedades relacionadas con el estómago, el cáncer de colon, especialmente cuando se encuentra en un estado avanzado presenta estos síntomas.

Prevención

En todos los tipos de cáncer existen factores de riesgo que hacen que las personas que estén expuestas a ellos tengan más probabilidades de desarrollar un tumor maligno

La investigación en cáncer colorrectal ha demostrado que en algunos tipos, los tumores se originan a partir de pólipos (pequeños bultos benignos). La detección precoz y extracción de estos pólipos puede ayudar a prevenir la aparición de la enfermedad.

Otra de las causas de la aparición del cáncer de colon es la predisposición genética que tenga la persona. Esto se debe a diversas alteraciones en determinados genes por lo tanto, los individuos con familiares que tienen o han tenido esta patología deben acudir a exámenes médicos periódicamente.

Existen diferentes síndromes que predisponen a que aparezca el tumor maligno. Los más comunes son dos:

Diagnóstico

Una de las principales ventajas del cáncer de colon es que es de los pocos tipos que se puede diagnosticar antes de que, la persona presente síntomas.

La prueba más fiable es un test de sangre oculta en las heces que averigua si hay presencia de sangre o no. Si sale positivo, a continuación se realizará una colonoscopia para ver el origen de sangrado. Esta prueba sirve para conseguir detectar y extirpar los pólipos para evitar que se desarrolle el tumor.

Tacto rectal: Es una exploración física que el médico realiza introduciendo un dedo en el ano para detectar anomalías en la parte inferior del aparato digestivo, como, por ejemplo, sangre, bultos anormales o si el paciente siente dolor.

Sigmoidoscopia: Es una exploración que consiste en introducir por el ano un tubo que transmite luz e imagen, y que se llama endoscopio. Con él se puede examinar el recto y la parte final del colon (unos 60 cm), y detectar algunos de los pólipos que pudiera haber allí,

Colonoscopia: Es una exploración similar a la sigmoidoscopia, pero el tubo utilizado es más largo y permite recorrer todo el colon. Facilita la toma de muestras de tejido (biopsia) en áreas en las que se sospecha que pudiera haber algún tumor, y después se realiza un estudio con un microscópico. Normalmente se realiza con sedación y el riesgo de que surjan complicaciones es muy bajo.

Estudio genético: Si existen antecedentes familiares o se sospecha de la posibilidad de un cáncer hereditario, es aconsejable realizar un estudio genético para detectar anomalías. En caso de existir alteraciones

genéticas en la familia, se deben iniciar las exploraciones de colon y recto a una edad temprana (20 años) y continuarlas periódicamente.

Enema de bario con doble contraste: Consiste en una

serie de radiografías del colon y el recto que se toman

después de que al paciente se le haya aplicado un enema (lavativa) con una solución blanca calcárea que contiene bario para mostrar radiológicamente con detalle el interior del colon y el recto.

Tratamientos

Para planificar el tratamiento adecuado, el médico necesita saber en qué etapa de la enfermedad se encuentra el paciente. En la actualidad existen dos sistemas que se usan con la misma frecuencia.

Tipos de escala

Clasificación TNM

En esta se miden los tres aspectos que afectan al cáncer. En primer lugar, la T se refiere al tamaño del tumor primario en el intestino; la N se refiere a la presencia o no en los ganglios linfáticos, mientras que la M atañe a la presencia de metástasis a distancia. Así se distinguen cinco estadios:

- Estadio O o carcinoma in situ: En esta etapa temprana el cáncer se encuentra en la capa más superficial de la mucosa, no la traspasa y no afecta a los ganglios linfáticos.

Estadio I: El cáncer se ha diseminado a la pared del recto o del colon sin traspasar la capa muscular. En este estadio los ganglios linfáticos tampoco se ven afectados.

ww

- Etapa II: El cáncer se ha extendido a la capa más profunda del colon, pero no a los ganglios linfáticos, que, repartidos por todo el cuerpo, producen y almacenan células capaces de combatir las infecciones. En este estadio el tumor puede invadir los órganos de alrededor.

- Etapa III: El cáncer se ha extendido ya a los ganglios linfáticos y a los órganos más cercanos.

- Etapa IV: El cáncer ha llegado a otros órganos del cuerpo (principalmente tiende a invadir el hígado, los huesos y los pulmones).

Clasificación de Dukes o Astler y Coller

Esta escala utiliza las letras de la A la D valorando

cuanto profundiza en la pared del colon:

Estadio A: En esta etapa se encuentran los pacientes que tienen una lesión sólo en la mucosa y no afecta a los ganglios linfáticos.

- Estadio B1: El cáncer se encuentra en parte de la pared del recto y del colon pero no lo traspasa, ni afecta a los ganglios.

- Estadio B2: El tumor se extiende en toda la pared del colon y del recto sin invadir los ganglios linfáticos.

- Estadio C: En este nivel el cáncer puede afectar de forma parcial o total a la pared y también a los ganglios linfáticos.

- Estadio D: El cáncer afecta a toda la pared y se extiende a órganos más alejados.

Elección del tratamiento

Tras realizar las pruebas que confirman el diagnóstico el especialista determinará el tratamiento. Como en muchos otros tipos de cáncer, el de colon requiere una terapia multidisciplinar para ofrecer al paciente las mayores tasas de recuperación. Los especialistas decidirán cuál es el tratamiento adecuado en función del estado del

paciente, dónde está ubicado el tumor y la fase en la que se encuentra el cáncer.

Además, el especialista valorará si el paciente sufre otras enfermedades que puedan entorpecer el tratamiento. Todo esto implica que cada paciente recibirá un tratamiento que se adapte a sus circunstancias particulares. Los tratamientos más comunes son la quimioterapia y la cirugía.

Cirugía

Mediante una operación en quirófano, se extrae la parte afectada por el cáncer. La cirugía se utiliza en todas las etapas de la enfermedad. De hecho, en el estadio A, es el tratamiento recomendado ya que en el resto de los estadios los especialistas aconsejan aplicar la cirugía en combinación con otros tratamientos.

En esta en fase inicial los especialistas pueden extraer un pólipo mediante colonoscopia para examinarlo y, según los resultados, se extirpará el cáncer y una parte circundante de tejido sano y se extirparán los ganglios de la zona. Otra posibilidad es, tras extirpar parte del colon, realizar una apertura desde el colon hacia el exterior (colostomía), en cuyo caso la persona tendrá que usar una bolsa especial de uso externo donde se

recogerán las heces. La colostomía puede ser transitoria o permanente.

Radioterapia

Consiste en aplicar radiación de alta energía sobre la zona afectada con el fin de destruir las células

cancerosas. Sólo afecta a la zona en tratamiento y puede aplicarse antes de la cirugía (para reducir el tumor y poder extraerlo más fácilmente) o después de la cirugía (para terminar de destruir las células cancerosas que pudieran haber quedado).

Quimioterapia

Es el tratamiento por el que se administran fármacos con el objetivo de destruir las células cancerosas. Se realiza insertando un tubo en una vena (catéter) por el que se inyectarán los fármacos a través de un sistema de bombeo. Suele administrarse tras la operación

quirúrgica.

Inmunoterapia

Consiste en estimular o restaurar las propias defensas inmunitarias del organismo. Para ello se emplean productos naturales o elaborados en el laboratorio.

Pancreatitis Aguda



La Pancreatitis Aguda (P.A.) es una enfermedad del páncreas que compromete diversos grados de inflamación aguda hasta la necrosis glandular y periglandular de magnitud variable, que se asocia a diferentes etiologías. Su curso clínico comprende cuadros de evolución benigna de tratamiento esencialmente médico, hasta enfermedades muy graves con complicaciones importantes, algunas de las cuales son de manejo quirúrgico. Desde el punto de vista anatomopatológico y macroscópico existen 2 formas de P.A.: una forma edematosa de curso clínico en general favorable y otra forma necrohemorrágica que suele cursar con complicaciones y de evolución en general más grave.

ASOCIACIONES ETIOLÓGICAS:

En nuestro medio el 75% de las P.A. están asociadas a la presencia de litiasis biliar y entre un 15 y un 20% se asocian a la ingesta exagerada de alcohol.

causas mas frecuentes

litiasis biliar

alcoholismo

causas menos frecuentes

Hiperlipidemias Post-quirúrgicas CPRE Trauma abdominal Droga Cáncer pancreático Cáncer periampular Fibrosis quística Parotiditis

PATOGENIA:

El páncreas normalmente secreta una gran cantidad de enzimas, entre ellas la tripsina, la quemotripsina, las amilasas, lipasas, elastasas, carboxipeptidasa, etc. La gran mayoría de ellas son enzimas líticas que normalmente se secretan en forma de precursores inactivos, los cuales junto con inhibidores enzimáticos presentes en el jugo pancreático, protegen al páncreas de su autodigestión. Los eventos iniciales patogénicos de la Pancreatitis Aguda no están del todo aclarados. Existen evidencias de que la presencia de uno o más de loš siguientes factores, aumento de la presión intraductal en el sistema excretor pancreático (litiasis biliar), reflujo de bilis al Wirsung, hipertrigliceridemia aguda o preexistente, daño isquémico, disrupción de algún conducto excretor (trauma), etc., desencadena una cascada inflamatoria que se asocia a la activación enzimática intraglandular, con las consecuencias de daño microvascular, trombosis, necrosis tisular, saponificación del tejido graso, liberación de radicales libres y eventualmente gatillamiento de una respuesta inflamatoria sistémica.

PATOGENIA EN LAS PRINCIPALES ASOCIACIONES ETIOLÓGICAS:

1. P.A. y litiasis biliar

Se ha demostrado la expulsión de cálculos biliares en las deposiciones de enfermos con P.A. más coledocolitiasis, en las primeras 48 horas de reinstalado el tránsito intestinal en hasta un 90% de los pacientes, en cambio en aquellos enfermos portadores sólo de colelitiasis este fenómeno se demostró sólo en un 8-10% de las casos. En aquellos enfermos que presentan P.A. recurrente, la cirugía sólo de la colelitiasis y/o la papilotomíá endoscópica, reducen significativamente la incidencia de nuevos episodios de P.A. Es más frecuente la P.A. en pacientes con cálculos vesicularos pequeños, coledocolitiasis, conducto cístico ancho, conducto biliopancreático distal común. La P.A. se inicia por la obstrucción del conducto pancreático por un cálculo en la ampolla de Vater, aunque sea una obstrucción transitoria, con aumento de la presión intraductal, reflujo biliar a los conductos pancreáticos y eventual contaminación bacteriana por este mecanismo.

2. P.A. y Alcohol:

La ingesta alcohólica excesiva de tipo inveterada es un factor asociado a crisis de P.A. a repetición, que si bien el primer episodio puede ser de gravedad, las crisis posteriores son clínicamente menos importantes y que llevan al cuadro de la pancreatitis crónica recurrente. Existe otro grupo de pacientes que posterior a una ingesta masiva alcohólica-alimentaria (que se asocia a una hipertrigliceridemia aguda), se presentan con una P.A. de evolución muy grave, sin necesidad de recurrir posteriormente. La teorías para explicar la P.A. por alcohol son diversas. Se ha postulado: Un aumento de la secreción gástrica que conduce a un aumento exagerado de la secreción pancreática; Inflamación duodenal y periampular con obstrucción de los conductos bilio- pancreáticos; hiperlipidemia aguda inducida por el alcohol.

La

En la mayoría de los casos la P.A. se produce 24 a 48 horas después de la ingesta, siendo poco frecuente el encontrar niveles altos de alcoholemia simultáneamente al evento clínico de la P.A.

3. P.A. y trauma pancreático (P.A. post-quirúrgica);

Hay que destacar que en diversas cirugías abdominales pueden acompañarse de una discreta hiperamilasemia sin otra evidencia de P.A. La P.A. post quirúrgica ocurre por compromiso directo del páncreas o de su irrigación, en cirugías extrabiliares o pancreáticas y en trauma, y/o por compromiso obstructivo del sistema excretor pancreático, en cirugías biliares o post-colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

4. P.A. e hipertrigliceridemia:

Con las altas prevalencias de litiasis biliar y consumo alcohólico de nuestro país, se debería tener una mayor incidencia de P.A. Existe una población susceptible a las P.A. Estudios realizados en nuestra Universidad y de otros autores han demostrado que los pacientes que han tenido una P.A. presentan una curva de intolerancia a la sobrecarga lipídica aunque tengan valores basales normales. Los pacientes portadores de hiperlipidemias y que presentan con mayor frecuencia esta enfermedad, son sólo un extremo de esta población susceptible a presentar una P.A.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

A) SÍNTOMAS:

El síntoma capital es el dolor abdominal presente en más del 90% de los enfermos. Habitualmente es de inicio rápido, intenso, constante, ubicado en el hemiabdomen superior, clásicamente irradiado "en faja", de difícil control. Irradiación al dorso presentan el 50% de los pacientes. Otro síntoma importante, y presente en el 70-90 % de los pacientes es el vómito y estado nauseoso. La distensión abdominal, el fleo paralitico, la ictericia y el colapso cardiocirculatorio pueden estar también presentes, en especial en aquellos casos más graves.

B) EXAMEN FÍSICO:

Suele encontrarse taquicardia, taquipnea, a veces una respiración superficial, en ocasiones agitación psicomotora, puede haber fiebre e ictericia. En el examen pulmonar puede pesquizarse un derrame pleural izquierdo, y una hipoventilación en las bases pulmonares. El examen abdominal puede encontrar una distensión abdominal, dolor abdominal, aunque frecuentemente blando, si bien en ocasiones se puede palpar un ocupamiento epigástrico, o signos peritoneales. Pueden destacarse el signo de Mayo-Robson (dolor a la palpación del ángulo costo lumbar posterior izquierdo) y el signo de Cullen (equímosis periumbilical)

LABORATORIO:

A) AMILASA SÉRICA:

Está elevada en el 85% de los casos. Puede ser normal porque su elevación es fugaz y el examen se toma tarde, si existen niveles de triglicéridos muy elevados o si se trata de una P.A. crónica recurrente con insuficiencia pancreática.

B) AMILASA URINARIA:

Su elevación es más persistente que la amilasa sérica (7-10 días), Sc suele pedir mediciones en orína de 24 hrs. Es más sensible que la amilasa sérica.

C) AMILASA EN LÍQUIDO PERITONEAL O PLEURAL;

D) LIPASA SÉRICA:

Es de gran utilidad porque es más específica y su elevación es más prolongada que aquélla de la amilasa sérica.

E) CALCIO SÉRICO:

F) EXÁMENES GENERALES:

Para evaluar compromiso sistémico de la enfermedad y determinar su pronóstico: Hemograma, glicemia, pruebas de función renal, pruebas hepáticas, gases arteriales, etc.

ESTUDIO DE IMÁGENES:

A) RADIOLOGÍA CONVENCIONAL:

La Rx simple de abdomen es útil realizarla en el momento del ingreso para orientar en el diagnóstico diferencial de otros cuadros agudos abdominales. Puede mostrar el signo del "asa centinela" en el hipocondrio izquierdo y signos de íleo. La Rx tórax puede mostrar atelectasias basales, elevación del diafragma y un derrame pleural izquierdo.

B) ECOGRAFÍA ABDOMINAL:

La visualización de la glándula pancreática no es fácil. Las formas «edematosas» suelen verse mejor. Su utilidad radica en la evaluación y diagnóstico de la patología biliar asociada y en el seguimiento de algunas de sus complicaciones (pseudoquiste, colecciones, etc.). Un examen negativo no excluye el diagnóstico de P.A.

C) TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA:

Es el método de imágenes de mejor rendimiento en el diagnóstico de P.A. y en el seguimiento de su evolución.

D) COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA (CPRE):

Su principal valor es en las etapas iniciales de una P.A. biliar en que puede cambiar la evolución de la enfermedad. Más controvertida es su indicación y papilotomía en P.A. no biliares. Puede tener más complicaciones que en otras indicaciones. También es útil en el tratamiento de algunas complicaciones de la P.A.: pseudoquistes pancreáticos.

PRONÓSTICO:

La P.A. es una enfermedad con un espectro clínico muy amplio. La mayor parte de los pacientes (75-80%) responderán a un tratamiento médico convencional con una evolución clínica favorable y generalmente con pocas o ninguna complicación. Desde un punto de vista clínico se considera P.A. Grave aquélla con 3 o más criterios de Ranson. La mortalidad se incrementa a mayor número de criterios de Ranson.

Criterios Pronósticos de Ranson

En el ingreso

Edad > de 55 años

Leucocitosis > de

En las primeras 48 hrs

Caída de hematocrito > 10 puntos %

16.000/mm

Glucemia > 2 gr/L

GOT > 250 UI/L

LDH > 350 UI/I

A) COMPLICACIONES SISTÉMICAS:

Alza del BUN > de 5 mg/dl

Calcemia < de 8 mg/dl

PO2 < 60 con FiO2 de 21% (ambiental)

Déficit de base (B.E.) > - 4mEq/L

Secuestro de volumen > 6 L (Balance hídrico)

La liberación de citoquinas, enzimas pancreáticas y radicales libres inician una respuesta inflamatoria sistémica, con una importante hipovolemia secundaria a los vómitos y particularmente al gran 3o espacio en el retroperitonco y cavidad abdominal. Esto puede conducir a una falla cardiocirculatoria con hipotensión y shock, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal y falla multiorgánica (FMO). Otras complicaciones sistémicas son las hemorragias digestivas, las alteraciones de la coagulación y el ileo paralítico,

B) COMPLICACIONES LOCALES:

Estas corresponden a las complicaciones en el espacio retroperitoneal y cavidad abdominal. Ellas son: la obstrucción duodenal, la obstrucción de la vía biliar, y en particular las complicaciones de la necrosis pancreática. Una vez instalada la necrosis pancreática y peri pancreática ella puede evolucionar como una necrosis estéril (antiguo flemón pancreático), que se resolverá hacia el pseudoquiste de páncreas o a la resolución espontánea. Una grave complicación es la infección de lâ necrosis (necrosis infectada), que suele llevar al paciente a una sepsis y FMO o en ocasiones a un absceso pancreático que deberá ser drenado. Otras complicaciones locales son las hemorragias retroperitoneales, las colecciones peripancreáticas agudas, la trombosis de la vena esplénica, la trombosis portal, la necrosis del colon transverso, la fistula pancreática, etc.

TRATAMIENTO

A) ASPECTOS BÁSICOS:

El tratamiento de la P.A. es fundamentalmente médico y espectante en aquellos pacientes con formas leves de la enfermedad y que no presenten complicaciones graves. No se dispone de medicamentos específicos para esta enfermedad. La cirugía se reserva para el tratamiento de algunas de sus complicaciones y eventualmente para intentar cambiar el curso de la enfermedad en aquellas formas más graves de la P.A.

B) TRATAMIENTO MÉDICO:

Alivio del dolor: No usar morfina.

Reposición adecuada del volumen.

"Reposo pancreático": Inhibir secreción gástrica con bloqueadores H2 o inhibidores de la bomba de protones. Uso eventual de sonda nasogástrica. Ayuno

Eventual uso de somatostatina. (En protocolos de estudio)

Nutrición Parenteral y/o eventualmente Enteral.

Monitorización de la volemia de la función cardiovascular, respiratoria y renal. Vigilar criterios pronósticos y signos de complicaciones e infección.

hospitalización en Unidades de cuidados especiales: Intermedio, UCI.

C) TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

Sus indicaciones son básicamente 2:

Corrección de la patologia biliar asociada. En este punto actualmente la CPRE ha ganado indiscutiblemente su indicación. Cuando se trata de resolver la litiasis o microlitiasis vesicular se prefiere una cirugía diferida luego del episodio de P.A.

Tratamiento de complicaciones locales:

Necrosis infectada:

Necrosectomías y drenajes asociado o no a lavado retroperitoneal o laparostomías.

Absceso pancreático: drenaje quirúrgico o, cada vez más frecuente, drenaje percutáneo con técnicas de radiología intervencionista.

Pseudoquiste pancreático:

Representa la evolución de una P.A. tipo necrohemorrágica sin infección de la necrosis, Muchos se resuelven espontáneamente. Aquellos llamados pseudoquistes verdaderos (con alguna comunicación al sistema excretor pancreático) deben ser drenados ya sea percutáneamente, via endoscópica o por vía quirúrgica realizándose un drenaje interno al estómago o al yeyuno por medio de un asa desfuncionalizada en "Y de Roux".

Existen algunos procedimientos quirúrgicos que tienen indicaciones limitadas y cuya efectividad ha sido discutida. Sin embargo, en grupos de pacientes estos procedimientos han sido de beneficio. Entre estos se cuentan

El lavado peritoneal precoz:

Su utilidad se mostró en la fase precoz de la P.A. de curso grave, disminuyendo las complicaciones cardiovasculares y respiratorias (Distress), sin embargo la mortalidad no cambió.