

Pancreatitis aguda

E. SALVADOR MORENO¹ Y C. RAMÍREZ PAESANO²

RESUMEN

El dolor en la pancreatitis aguda (PA) muestra similitudes con otros tipos de dolor abdominal, sin embargo, la gravedad de este padecimiento, la mantiene como un reto clínico importante. La PA puede ser causada por diferentes etiologías e integrar los síntomas y los signos clínicos sobre la base de síndromes puede, útilmente, reducir la lista de posibilidades. Las causas más comunes de dolor de la parte superior del abdomen son la enfermedad úlcero-péptica y pancreato-biliar. Dado que la PA continúa siendo una enfermedad caracterizada por una morbilidad, mortalidad e incidencias significativamente altas, realizar un diagnóstico adecuado puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte. En el presente capítulo intentaremos resumir la información disponible con el fin de guiarnos en la toma de decisiones frente al dolor en esta desastrosa enfermedad.

Palabras clave: Dolor abdominal. Pancreatitis aguda. Manejo del dolor.

ABSTRACT

Pain in acute pancreatitis (AP) shows similarities with other types of abdominal pain, however, the severity of this condition maintains this disease as a major clinical challenge. AP can be caused by different etiologies and integrate clinical symptoms and signs on the basis of syndromes can usefully reduce the list of possibilities. The most common causes of pain in the upper abdomen are peptic ulcer and pancreato-biliary disease. Since AP remains a disease characterized by morbidity, mortality and significantly high incidences, make a proper diagnosis can make the difference between life and death. In this chapter we will try to summarize the available information in order to guide us in making decisions against this deadly disease pain. (DOLOR. 2016;31:101-3)

Key words: Abdominal pain. Acute pancreatitis. Pain management.

Corresponding author: Eddy Salvador Moreno, eddysalvador80@gmail.com

¹Especialista en Anestesiología y Dolor
Hospital Hernán Henríquez
Temuco, Chile

²Especialista en Anestesiología y Dolor
Clínica Teknon
Barcelona, España

Dirección para correspondencia:

Eddy Salvador Moreno
Hospital Hernán Henríquez
Montt 115, pabellón central 2.º piso
Temuco, Chile
E-mail: eddysalvador80@gmail.com

Debido a la variada etiología de la PA, la sintomatología es múltiple y no todos los pacientes con PA debutan con dolor. Se ha estimado que entre el 40 y el 70% de ellos presentan el patrón clásico de irradiación de gran intensidad hacia la espalda. Los pacientes con PA comúnmente se presentan con inicio repentino de dolor abdominal en el cuadrante superior izquierdo, región periumbilical y/o epigastrio, aunque en no pocos casos puede ser indolora. En un principio, el dolor empeora después de comer o beber, sobre todo alimentos grasos y luego, por lo general, se hace constante en el tiempo. El dolor puede irradiarse en todo el abdomen, en el pecho o el centro de la espalda. A menudo se asocia con náuseas y vómitos, y puede ser peor cuando el paciente está en decúbito supino. Los pacientes suelen quejarse de indigestión, distensión abdominal, heces fecales de color arcilla, disminución de la diuresis e hipo frecuentes. Ocasionalmente, los pacientes pueden presentar síncope o fiebre subjetiva. Esto se condice con las características del dolor visceral:

- Difuso y mal localizado.
- Referido a otros lugares.
- Se acompaña de reflejos motores y autonómicos (tensión muscular, náusea y vómito).
- Intensidad no siempre acorde con los cambios morfológicos del órgano afectado.

Dada su alta mortalidad de hasta el 20-30% en los casos graves, la identificación precoz de los pacientes que podrían requerir traslado a una unidad de cuidados intensivos (UCI) es esencial¹.

La sintomatología es tan variada que existen trabajos que reportan que su diagnóstico se realizó, entre un 30 a 40%, durante la autopsia. Para el alivio sintomático del dolor los pacientes son tratados siguiendo la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en no pocos casos el ascenso debe ser tan expedito que se ha llegado a pensar en ello como el «ascensor analgésico» (Fig. 1).

Este ascenso brusco puede deberse a que los pacientes con pancreatitis sufren de mala absorción² y ello podría afectar la absorción del fármaco. Este paso farmacocinético en pacientes con trastornos gastrointestinales puede ser influenciado por diversos factores; entre ellos, cambios en la motilidad gástrica e intestinal, bajo pH intraluminal, sobrecrecimiento bacteriano, cambios en el área de superficie de la mucosa para la absorción del fármaco, disminución de las

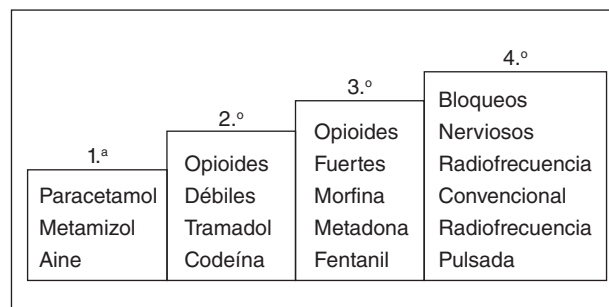


Figura 1. Escalera analgésica de la OMS.

enzimas pancreáticas, esteatorrea, alteración de las propiedades físicas y químicas del contenido luminal del intestino y bajo índice de masa corporal que conllevaría al aumento de la concentración plasmática. A pesar de esto, la mayoría de los datos sobre la biodisponibilidad de los fármacos administrados por vía oral se obtienen de individuos sanos. Para disminuir la mala absorción del fármaco se han ensayado tratamientos tales como:

- Terapia enzimática: El objetivo principal del tratamiento enzimático es lograr una óptima actividad enzimática en el duodeno y de esta manera mejorar el estado nutricional, la prevención de la pérdida de peso, deficiencias de vitaminas y síntomas relacionados con la insuficiencia pancreática exocrina, dando lugar a esteatorrea. La preparación de la enzima más utilizada es la pancreatina porcina.
- Dieta baja en grasa: Una revisión sistemática de los riesgos y beneficios de la dieta baja en grasa no encontró estudios de calidad suficiente para confirmar el efecto de este tipo de dieta. Por lo tanto, si se prescribe suplementos de enzimas pancreáticas, por lo general, se recomienda mantener una dieta normal, ya que no hay necesidad de reducir el consumo de grasas junto con suplementos de enzimas³. En general, el consumo de alcohol y tabaco debe ser evitado o disminuido para reducir el impacto sobre los perfiles farmacocinéticos⁴.

Debido a la severidad del dolor en PA, se utilizan ampliamente los opioides. Sin embargo, todavía hay incertidumbre acerca de si su efecto secundario de inducir espasmos de los músculos lisos puede ocultar la resolución de la enfermedad o incluso provocar dolor adicional.

Además, los opioides tienen efectos intrínsecos sobre la motilidad gastrointestinal y pueden modificar la

Tabla 1. Fármacos y dosis convencionales

Fármaco	Nombre	Dosis
Analgésicos no opioides	Paracetamol	500-1.000 mg/6-8 h
	Metamizol	500 mg/6-8 h
AINE	Diclofenaco	50-100 mg/8-12 h
	Naproxeno	250-500 mg/12 h
Antiepilépticos	Pregabalina	150-300 mg/12 h
Opioides débiles	Tramadol	50-100 mg/6-8 h
Opioides fuertes	Fentanil	25-50 µg/h parche transdérmico
	Buprenorfina	35-52,5 µg/h parche transdérmico
	Morfina	5-10 mg/4-8 h
Anestésicos locales	Bupivacaína 0,5%	Infusión continua: 4 ml/h

absorción de otros medicamentos que se toman al mismo tiempo⁵. De igual manera, como las formas farmacéuticas sólidas deben disolverse antes de que ocurra la absorción, la velocidad de disolución determina la disponibilidad del fármaco para su absorción. Por lo citado, y teniendo en consideración pros y contras de hacerlo, la presentación transdérmica y las gotas de rescate se consideran una manera práctica del manejo del dolor en estos pacientes.

La anestesia epidural, que resulta eficaz en el control del dolor, parece influir beneficiosamente el curso de la enfermedad mediante la mejora de la microcirculación pancreática y oxigenación de los tejidos. Sin embargo, las preocupaciones con respecto a trastornos concomitantes de la coagulación y la inflamación sistémica hasta ahora han impedido su uso clínico más amplio⁶.

En la tabla 1 se citan los fármacos y dosis utilizadas habitualmente.

En China, las hierbas medicinales, incluyendo la raíz de regaliz, raíz de jengibre, *ginseng*, raíz de peonía y corteza de canela china, se utilizan para el tratamiento de la pancreatitis. Una revisión Cochrane de evaluación de 15 estudios chinos determinó que el uso de la medicina herbal parece reducir las tasas de mortalidad, la intervención quirúrgica, fallo multiorgánico, y la infección sistémica; sin embargo, la calidad de los estudios fue baja⁷.

CONCLUSIONES

La elección del modelo correcto para el manejo del dolor en la pancreatitis es difícil y el fundamento científico debe ser considerado cuidadosamente. La OMS sugiere el uso de la escalera analgésica, pero se debe considerar el rápido cambio entre los peldaños de la misma. Varios estudios informan que el tratamiento temprano del alivio del dolor mediante la administración de opioides no oscurece el diagnóstico ni el pronóstico en este tipo de pacientes. De igual manera, el bloqueo simpático con analgesia epidural es una alternativa a considerar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Taguchi M, Kubo T, Yamamoto M, et al. Índice de masa corporal influye en el resultado de la pancreatitis aguda: un análisis basado en la base de datos administrativa japonesa. *Páncreas*. 2014;43(6):863-6.
2. Forsmark CE. Chronic Pancreatitis and Malabsorption. *Am J Gastroenterol*. 2004;99:1355-7.
3. Kocher HM. Chronic pancreatitis. *BMJ Clin Evid*. 2008;2008:0417. Publicado online 5 dic. 2008.
4. Olesen AE, Brokjaer A, Fisher IW, Larsen M. Pharmacological challenges in chronic pancreatitis. *W J Gastroenterol*. 2013;19(42):7302-7.
5. Prescott LF. Gastric emptying and drug absorption. *Br J Clin Pharmacol*. 1974;1(3):189-90.
6. Mallédant Y, Malbrain ML, Reuter DA. What's new in the management of severe acute pancreatitis? *Intensive Care Med*. 2015;41(11):1957-60.
7. Wang Q, Guo Z, Zhao P, Wang Y, Gan T, Yang J. Chinese herbal medicines for acute pancreatitis. *Cochrane Upper GI and Pancreatic Diseases Group*. Publicado online 24 enero 2005.