

RELACION ENTRE DERRAME PLEURAL Y PROTEINA C REACTIVA (PCR)
vs ESCALAS DE RANSON Y APACHE II EN LA EVOLUCION
DE LOS PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA BILIAR EN EL I.G.B.J.
(MAYO 2008 - ENERO 2009)

Autor: Dra. Ethel Mérida Negrete
Residente: 2º do Año
Tutores: Dr. Juan Carlos Sánchez Ugarte
Dr. Jorge Méndez Ponce

Cochabamba – Bolivia

INDICE

RESUMEN.....	1
1. INTRODUCCION.....	2
2. PANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
3. JUSTIFICACIÓN.....	3
4. MARCO TEORICO.....	3
5. OBJETIVOS.....	20
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	20
5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	20
6. DISEÑO METODOLOGICO.....	21
7. RESULTADOS.....	22
8. CONCLUSIONES.....	24
9. RECOMENDACIONES.....	26
11. BIBLIOGRAFIA.....	27
12. ANEXOS.....	29

RESUMEN

La pancreatitis aguda es el proceso inflamatorio del páncreas con afectación variable de tejidos adyacentes y/o tejidos distantes. La mayoría de los cuadros son leves y se resuelven en 48 a 72 horas con tratamiento médico. Un 20 a 30% son graves y desarrollan complicaciones sistémicas y/o locales que requieren tratamiento en unidades de cuidados intensivos y/o cirugía, esto permite la aplicación de diferentes sistemas pronósticos como Ranson y Apache II para predecir la severidad de la enfermedad. Sin embargo, todavía existe controversia sobre cuál es el mejor.

Objetivo: Determinar las ventajas existentes cuando comparamos sistemas pronósticos como: Ranson y Apache con el derrame pleural y la proteína C reactiva (PCR), para la predicción de la severidad de la pancreatitis aguda y aplicación de nuevas conductas.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo. Ingresaron todos los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda biliar que cumplieran con los criterios de inclusión en el período de mayo del 2008 a enero del 2009 al IGBJ. Los datos se obtuvieron de la revisión de historias clínicas, se determinó criterios diagnósticos predictivos: RANSON, APACHE II, Proteína C Reactiva y Rx. de tórax.

Resultados: Ingresaron al estudio 60 pacientes con pancreatitis aguda biliar que cumplieran con todos los criterios, de 100 ingresos al IGBJ.

De los 60 pacientes estudiados, el 72% (43) desarrollaron pancreatitis aguda biliar grave con más de 3 criterios de Ranson, derrame pleural positivo, más de 8 variables de Apache II y PCR de 192 mg/dl, el 12% (6) tuvieron complicaciones graves y fueron operados, con mortalidad del 2%, todos tenían derrame pleural tanto izquierdo y/o bilateral y proteína C reactiva de 192mg/dl.

Conclusión: Se determinó que la presencia de derrame pleural y proteína C reactiva (PCR) alta al ingreso, independientemente de la puntuación de Apache y los criterios de Ranson, son importantes para decidir el manejo médico y evolución mejorando así el pronóstico.

I. INTRODUCCIÓN:

La pancreatitis aguda es el proceso inflamatorio del páncreas con afectación variable de tejidos adyacentes y/o tejidos distantes. La mayoría de los cuadros son leves y se resuelven en 48 a 72 horas con tratamiento médico. Un 20 a 30% son graves y desarrollan complicaciones sistémicas y/o locales que requieren tratamiento en unidades de cuidados intensivos y/o cirugía.

Esta particular forma de presentación permite la aplicación de diferentes sistemas pronósticos como Ranson y Apache II para predecir la aparición de complicaciones sistémicas o locales. La principal utilidad clínica de los sistemas pronósticos es la selección de pacientes para reanimación y/o tratamiento específico, como: internación en UTI o sala general, instalación de alimentación enteral y/o parenteral, profilaxis antibiótica o esfinterotomía endoscópica. Se han desarrollado diversos sistemas pronósticos en pancreatitis aguda, sin embargo, aun existe controversia sobre cuál es el mejor sistema pronóstico.

La presencia de derrame pleural, un signo fácil de demostrar, se ha reportado en varios trabajos científicos como un factor pronóstico adecuado. La determinación de derrame pleural y otras alteraciones mediante Rx. de tórax y/o ultrasonido, constituyen elementos sencillos en las primeras 24 hrs. los cuales pueden ser útiles para predecir complicaciones fatales. El valor predictivo del derrame pleural es máximo cuando está ubicado del lado izquierdo o es bilateral.

La proteína C reactiva, es un reactante de fase aguda producido en el hígado e inducida por la secreción de IL-1 y IL-6. En la pancreatitis aguda sus valores se elevan desde el inicio del cuadro con pico máximo a las 24 – 48 hrs., permaneciendo hasta 7 días, refleja en forma indirecta el grado de inflamación y necrosis existente. Es el parámetro predictor mejor establecido y más utilizado de severidad en PA debido a su bajo coste y fácil disponibilidad, con un *cut-off* de 100 a 150 mg/l.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En el I.G.B.J la Pancreatitis aguda independientemente de la etiología, es una causa de consulta de emergencia e internación, siendo la más frecuente la biliar.

El diagnóstico se basa en la clínica, hallazgos de laboratorio, estudios de gabinete, siendo la determinación del valor de la proteína C reactiva y la presencia de derrame pleural parámetros importantes para determinar el pronóstico de la enfermedad, por lo tanto cambiar el manejo médico.

III. JUSTIFICACIÓN:

El presente trabajo pretende demostrar la importancia que tiene el derrame pleural y la determinación de la proteína C reactiva (PCR) en comparación con los otros sistemas pronósticos existentes para determinar el pronóstico y manejo de los pacientes con pancreatitis aguda biliar.

IV. MARCO TEORICO

1. INTRODUCCIÓN

Desde su descripción original por Fitz en 1889, la pancreatitis aguda a sido definida como un proceso inflamatorio del páncreas caracterizado por la inflamación aguda hasta la necrosis de la glándula por auto-digestión ante la activación de sus proenzimas, con atrapamiento y descarrilamiento enzimático, a partir de todo lo cual puede sufrir muy distintas evoluciones locales y repercusión general, de mayor o menor gravedad.

Se subdivide de acuerdo con la clasificación de Atlanta, Georgia, en dos categorías clínicas: la forma Leve y Grave. (Tabla 1). (1)

TABLA 1. Clasificación clínica de las pancreatitis agudas

Pancreatitis aguda. Proceso inflamatorio agudo del páncreas, que puede también afectar de forma variable tanto a tejidos peripancreáticos como a los sistemas orgánicos remotos

Pancreatitis aguda leve. Se asocia con mínima disfunción multiorgánica y con una evolución local sin complicaciones

Pancreatitis aguda grave. Es la pancreatitis que se asocia con la presencia de fallo orgánico o sistémico (incluyendo shock, fallo respiratorio o insuficiencia renal) y/o la presencia de complicaciones locales (especialmente la presencia de necrosis pancreática, absceso o pseudoquiste)

Colecciones líquidas agudas. Ocurren en la fase precoz de la PA, se localizan alrededor del páncreas y carecen de pared granular o tejido fibroso. Se producen en un 30%-40% de las PA con necrosis y la mayoría regresan espontáneamente, otras progresan hacia el absceso pancreático o al pseudoquiste

Necrosis pancreática estéril. Es un área difusa o focal de tejido pancreático inviable, se asocia a necrosis grasa peripancreática y se diagnostica con la TC. El cultivo de las muestras obtenidas de esas áreas es negativo

Necrosis pancreática infectada. Se define como la infección del magma necrótico pancreático y/o peripancreático por microorganismos que se pueden extender por el resto de la cavidad abdominal. Toda necrosis infectada requiere intervención quirúrgica. Su diagnóstico se hace por punción transectánea radiodirigida (TC o ecografía) y cultivo

Absceso pancreático. Es una colección de material purulento intraabdominal bien delimitada, rodeada de una pared delgada de tejido de granulación y colágeno. A diferencia de la necrosis pancreática infectada, contiene poca necrosis glandular y es de aparición más tardía (a partir de la tercera o cuarta semana)

Pseudoquiste pancreático agudo. Es una colección de líquido pancreático (rico en enzimas digestivas) bien delimitada por una pared no epitelizada, no infectada, y que suele concretarse en la fase tardía de la PA (a partir de la quinta o sexta semana)

Tomada de la Conferencia de Atlanta¹¹.

PA: pancreatitis aguda; TC: tomografía computarizada.

La pancreatitis aguda leve corresponde aproximadamente al 85-90% de los casos y se asocia a mínima disfunción orgánica; en cuyos casos la recuperación total es la regla. La forma grave que corresponde al resto del porcentaje, varía dependiendo de los autores consultados, que puede ir desde un 9% hasta un 100%, es la que se asocia con falla orgánica y/o complicaciones locales como necrosis, abscesos o pseudo-quiste. (2)