

## Pancreatitis crónica

Fecha de la última revisión: **29/08/2014**

### Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cuál es su etiología?](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [¿Cómo se realiza el seguimiento?](#)
5. [¿Es necesario cribado de cáncer de páncreas?](#)
6. [¿Cómo se trata?](#)
7. [Bibliografía](#)
8. [Más en la red](#)
9. [Autores](#)

### ¿De qué hablamos?

La pancreatitis crónica (PC) es una enfermedad inflamatoria crónica del páncreas, que conduce a cambios morfológicos irreversibles que provocan dolor y afectan a la función exocrina (disminuye su capacidad para producir jugo gástrico) y endocrina (destrucción de los islotes de Langerhans).

La incidencia y prevalencia de la PC son muy variables en los distintos países. No siempre la prevalencia y el consumo de alcohol guardan relación y puede deberse a diferencias genéticas en la susceptibilidad al desarrollo de PC por este tóxico. En USA la pancreatitis crónica alcohólica produce 8.1 hospitalizaciones por 100.000 habitantes/año y en España se considera que aparecen 14 casos nuevos por 100.000 habitantes/año. Es una enfermedad más frecuente de lo que se cree, pero infradiagnosticada (Yang AL, 2008; De las Heras G, 1993).

### ¿Cuál es su etiología?

Se considera una enfermedad multifactorial, necesitando una base genética y otros factores añadidos para padecerla. Tradicionalmente se consideró al alcohol como el factor etiológico más importante, sin embargo, los estudios actuales demuestran que el consumo de alcohol por sí solo supone un riesgo mínimo para desarrollar pancreatitis crónica y para que se desarrolle la enfermedad se necesitan otros factores ambientales y genéticos asociados (Vaquero Raya, 2012).

Un amplio estudio multicéntrico realizado en Estados Unidos con 521 pacientes con pancreatitis concluye que el consumo de alcohol y tabaco son los factores que han demostrado una clara relación con el desarrollo de la enfermedad (Domínguez-Muñoz, 2013). El consumo de tabaco supone un factor de riesgo independiente y dosis dependiente para el desarrollo de pancreatitis crónica y acelera la progresión de la pancreatitis crónica alcohólica (Vaquero Raya, 2012).

Las mujeres suelen presentar pancreatitis crónica idiopática u obstructiva (anomalías anatómicas, compresión externa, los cálculos biliares no causan PC).

La PC de origen genético suele presentarse en pacientes jóvenes (Domínguez-Muñoz, 2013; Carballo F, 2004).

Otras causas (Lin Y, 2000): hipercalcemia (hiperparatiroidismo, insuficiencia renal crónica), medicamentos (fenacetina), tóxicos, pancreatitis aguda recidivante, pancreatitis autoinmune.

### ¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico se basa en la clínica, pruebas funcionales y métodos de imagen. No existe consenso sobre el protocolo más eficiente. El estudio etiológico inicial debe incluir una historia clínica que incluya antecedentes familiares y hábitos tóxicos, antecedentes personales y enfermedades asociadas actuales, analítica general que incluya gammaglobulinas, estudio genético si cumple criterios de pancreatitis hereditaria, técnicas de imagen y una prueba de sudor (Martínez J, 2013).

Las **manifestaciones clínicas** más comunes de la PC son:

**Dolor**, usualmente epigástrico, en ocasiones puede afectar a todo el abdomen, empeora en decúbito supino y mejora en decúbito prono o sentado con el tronco doblado hacia delante. No suele responder a la toma de antiácidos ni IBP y frecuentemente empeora con la ingestión de comida grasa y/o alcohol (Botella F, 2008; Carballo F, 2004). Un 15% de los pacientes nunca presentan dolor (Carballo F, 2004).

**Esteatorrea**, aparece tardíamente, ya que es necesaria la destrucción de la mayor parte del páncreas para que aparezca, y se caracteriza por la existencia de diarrea con grandes volúmenes de heces con grasa visible (Carballo F, 2004). Se debe a la digestión inadecuada de los alimentos, que provoca malabsorción de nutrientes, déficit proteico y pérdida de peso.

**Diabetes mellitus**, aparece entre el 10% y el 30% de los pacientes con PC entre los 7 y 15 años de evolución. El tratamiento con insulina es necesario pero haciendo un buen ajuste de la dosis. La cetoacidosis es infrecuente (Steer ML, 1995).

Los pacientes con PC pueden complicarse con colestasis, fístulas pancreáticas, ascitis, pseudoquistes (colecciones de líquido pancreático fuera de su localización normal en el conducto) y trombosis venosa (Carballo F, 2004). Tienen 20 veces más posibilidades de sufrir un cáncer de páncreas (Malka D, 2002).

### Pruebas complementarias:

- **Test de laboratorio:** analítica básica (incluyendo glucemia), las enzimas pancreáticas (amilasa y lipasa) suelen ser normales o estar discretamente elevadas, las pruebas de función hepática pueden estar alteradas por la hepatopatía concomitante.
- **Pruebas funcionales:** la mayoría de las pruebas funcionales tienen poca utilidad clínica por su baja sensibilidad y especificidad y solo tiene sentido utilizarlas cuando la clínica es sugestiva y las pruebas de imagen son negativas (Nair RJ, 2007). El test de secretina se considera el método de referencia para la

evaluación de la función pancreática exocrina, sin embargo, es una prueba invasiva, laboriosa, de duración prolongada y coste elevado, por lo que su uso está limitado a centros especializados (Domínguez J, 2005; Ferrándiz J, 2002).

**Pruebas de imagen:**

- **Radiografía simple de abdomen** puede mostrar calcificaciones pancreáticas que suelen aparecer en estadios avanzados de la enfermedad.
- La **ecografía abdominal** sólo detecta estadios avanzados de la PC, puede mostrar alteraciones de tamaño, forma, dilatación de conductos, cálculos, acumulación de líquidos y obstrucción venosa portal, dependiendo del estadio evolutivo, aunque en ocasiones puede ser normal.
- El **TC** al igual que la ecografía no permite el diagnóstico precoz de la PC, aunque a pesar de su mayor coste tiene gran capacidad de despistaje y alta sensibilidad para lesiones peripancreáticas y calcificaciones. Es la prueba diagnóstica de primera elección (Nair RJ, 2007).
- La **RM** tiene una mayor sensibilidad para detectar fases precoces ya que se pueden observar cambios de señal previos a los cambios morfológicos (Martínez y colaboradores, 2013).
- **Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica** (CPRE) detecta cambios en el calibre del conducto pancreático principal y de sus ramas, del conducto biliar, cálculos, quistes y acumulación de líquido. Durante años fue considerada la prueba de referencia para el diagnóstico morfológico de la PC, en la actualidad su papel es limitado a favor de otros métodos de imagen no invasivos, quedando reservada para la terapéutica de diversas complicaciones (papilotomía, colocación de prótesis, drenaje de pseudoquistes, etc.) (Lariño, 2012; Vaquero, 2009).
- La **colangiopancreatografía por RM** consigue excelentes imágenes ductales, sobre todo si se realiza estimulación con secretina. Ofrece alta sensibilidad en la PC grave y moderada, alrededor de un 90-95%.
- La **ecoendoscopia o ultrasonografía endoscópica** (USE) es el método de imagen más sensible para establecer el diagnóstico de PC, evalúa con imágenes de alta resolución el parénquima y el sistema ductal pancreático y permite la obtención de muestras de forma dirigida (Martínez y colaboradores, 2013).

**¿Cómo se realiza el seguimiento?**

En los casos de PC estable se recomienda la realización de un control clínico y analítico cada 6 meses. En los pacientes con complicaciones debemos individualizar el seguimiento. La presencia de insuficiencia pancreática exocrina y endocrina debe evaluarse anualmente.

Al inicio de aparición del dolor o ante cambios en el patrón hay que establecer diagnóstico diferencial con otros cuadros que pueden provocar dolor abdominal de características similares (presencia de pseudoquistes, neoplasia gástrica o pancreática, ulcus péptico gástrico o duodenal, litiasis biliar, etc.) (Martínez y colaboradores, 2013).

**¿Es necesario cribado de cáncer de páncreas?**

Un metanálisis reciente concluye que un 5% de los pacientes diagnosticados de PC desarrollarán cáncer de páncreas en un periodo de 20 años después del diagnóstico de pancreatitis. Concluyen que los pacientes con PC tienen un riesgo de 5 a 10 veces mayor que la población general para desarrollar cáncer de páncreas, este riesgo está aumentado en los casos de pancreatitis hereditaria. Algunos autores ante los resultados observados en el estudio, recomiendan la realización de cribado en pacientes con pancreatitis hereditaria para identificar cáncer de páncreas de forma precoz. La técnica más recomendada es la ecoendoscopia. Recomiendan el inicio del cribado a los 45 años o 15 años antes de la edad del caso familiar más joven, en el caso de los fumadores el cribado debería iniciarse antes. La frecuencia con la que debe realizarse la vigilancia se establece entre 1 y 3 años (Martínez J y colaboradores, 2013).

**¿Cómo se trata?**

El tratamiento se dirige fundamentalmente a tratar el dolor y la esteatorrea.

Dieta: dieta baja en grasas para tratar de disminuir el estímulo de la secreción pancreática. El papel de la dieta es controvertido, se abandonó como recomendación en el tratamiento de los pacientes con PC e insuficiencia pancreática exocrina pero se discute su utilidad en los pacientes con dispepsia secundaria a PC temprana (Domínguez-Muñoz, 2011).

Valorar el estado nutricional ya que existe un elevado riesgo de desnutrición y corregir el déficit de micronutrientes.

La administración de suplementos antioxidantes fue efectiva en algunos pacientes en el alivio del dolor y la reducción de los niveles de estrés oxidativo (Botella F, 2008; Bhardwaj P, 2009). Los estudios que demostraron efecto beneficioso fueron los que incluyeron en el tratamiento selenio, betacaroteno, vitamina C, vitamina E y metionina (Domínguez-Muñoz, 2013).

Abstinencia de alcohol: puede modificar la evolución de la enfermedad y disminuir el dolor.

El manejo de la diabetes asociada a pancreatitis crónica es similar al de la DM tipo 1 y 2, la diferencia fundamental es que los pacientes con PC tienen más riesgo de hipoglucemia debido a la alteración en la secreción de glucagón, lo cual es un problema en pacientes con inadecuado cumplimiento terapéutico, consumo de alcohol o neuropatía autonómica. Se recomiendan pautas poco agresivas para evitar los cuadros de hipoglucemias (De Madaria, 2013).

Tratamiento analgésico: el tratamiento del dolor debe de ir dirigido a su causa (inflamación perineural, obstrucción pancreática, inflamación o complicaciones locales), siempre que sea posible se intentará controlar el dolor con **paracetamol** o AINES, como segundo escalón se recomienda **tramadol** y en casos de persistencia del dolor se aconseja una prueba de tratamiento con opiáceos mayores (Ferrándiz J, 2002; De Madaria, 2013).

Pregabalina: se asocia a una disminución moderada del dolor en pacientes con PC.

Enzimas pancreáticas: producen una inhibición de la secreción pancreática. En estudios recientes no demostraron un claro efecto sobre el control del dolor en pacientes con PC, de todas formas y teniendo en cuenta su baja toxicidad se puede plantear un tratamiento de prueba durante dos meses (Domínguez J, 2005; Ferrándiz J, 2002; Iglesias J, 2003, De Madaria, 2013).

El tratamiento invasivo del dolor esta indicado cuando falla el tratamiento médico o cuando se necesitan opiáceos a largo plazo para su control.

Tratamiento endoscópico por CPRE: incluye la esfinterotomía del Winsurng, la extracción de cálculos, la colocación de endoprótesis y el drenaje de pseudoquistes. Es menos eficaz y menos duradero que el tratamiento quirúrgico.

Tratamiento quirúrgico: indicado en una minoría de pacientes con dolor crónico e intratable. El tratamiento suele incluir la descompresión del conducto de Wirsung y la resección del tejido irrecuperable. Está indicado en casos de dolor incapacitante, sospecha de cáncer de páncreas y en ciertas complicaciones de la PC (Dominguez Muñoz, 2013; Martinez, 2013).

## Bibliografía

- ## Más en la red

- ## Autores

- (1) Servicio de Atención Primaria de Culleredo. Servicio Galego de Saúde. A Coruña. España.  
(2) Servicio de Atención Primaria de Castrillón. Servicio Galego de Saúde. A Coruña. España.



Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

