

Carta al editor

Tratamiento y desenlace en pancreatitis aguda

Letter to the editor

Treatment and outcome in acute pancreatitis

Abel Salvador Arroyo-Sánchez¹

¹ Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú;
Hospital Victor Lazarte Echegaray, EsSalud, Trujillo,
Perú

Correspondencia: Abel Salvador Arroyo-Sánchez,
abelsalvador@yahoo.com

Fecha recibido: 28/10/19
Fecha aceptado: 30/10/19

Señor editor:

Después de leer el artículo publicado por Puerto H. y colaboradores sobre el tratamiento y los desenlaces de pacientes con pancreatitis aguda (PA) de un hospital universitario durante 3 años, considero importante mencionar, con respecto al tratamiento nutricional de la PA, que la Asociación Americana de Gastroenterología recomienda iniciar la nutrición enteral (NE) temprana antes que tardía, con base en 11 ensayos aleatorizados controlados que no demostraron disminuir la mortalidad, pero sí disminuyeron las complicaciones infecciosas en la necrosis peripancreática, la falla múltiple de órganos y la necesidad de cirugía en la necrosis pancreática (1, 2). La ruta recomendada es la oral o enteral (con sonda gástrica o pospilórica) de acuerdo con la tolerancia de cada paciente. Asimismo, se deben agotar todos los mecanismos clínicos posibles para la utilización de esta ruta, como puede ser el uso de antieméticos, gastrocinéticos, enzimas pancreáticas, fibra soluble y antidiarreicos (3).

En casos de PA grave, el inicio de la NE puede necesitar retrasarse hasta estabilizar al paciente, pero, de igual forma, la NE es de elección (4). Esto debería ser así porque el uso de nutrición parenteral (NP) se ha asociado con mayor riesgo de falla orgánica, complicaciones infecciosas y metabólicas e incluso mortalidad cuando se compara con la NE (5, 6). El tiempo que necesitamos para lograr alcanzar el requerimiento energético y proteico diario predicho es un factor que puede precipitar el uso de NP complementaria o NP total en pacientes sin desnutrición previa y en quienes no se puede progresar el volumen de NE diario. De acuerdo con la clasificación de severidad de Atlanta 2012, la PA leve no debe tener falla orgánica, ni complicaciones localizadas o sistémicas después de 48 a más horas de haber iniciado el cuadro clínico. Así, la mayoría de estos casos tolerará la vía oral y los menos requerirán NE por sonda gástrica o pospilórica. La PA moderada puede haber tenido falla orgánica reversible o complicaciones sistémicas o locales y algunos de ellos pueden llegar a requerir NP; en el caso de la PAG, la NP sí puede ser requerida con mayor frecuencia.

Respecto al manejo quirúrgico de la necrosis pancreática se recomienda realizarla solo si se asocia con complicaciones infecciosas refractarias al tratamiento antimicrobiano intensivo con deterioro clínico progresivo o cuando la necrosis pancreática se asocia con complicaciones mecánicas severas, como el síndrome comportamental refractario al manejo clínico, obstrucción, sangrado o perforación, debido a un mayor riesgo de resultados adversos posquirúrgicos (4, 7). Si la intervención es necesaria, esta debería

realizarse lo más tardíamente posible, para permitir que la necrosis e inflamación de los tejidos peripancreáticos se delimiten lo mejor posible.

Conflicto de intereses

El autor no tiene conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Puerto Horta LJ, Medina Rojas R, Nuñez Romero LR, Jiménez Sánchez HC, Olaya Ramírez JG, San Juan JF, et al. Manejo y desenlaces de la pancreatitis aguda en un hospital de cuarto nivel (Huila, Colombia), 3 años de experiencia. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2019;34(1):10-6. doi: <http://dx.doi.org/10.22516/25007440.243>.
2. Crockett SD, Wani S, Gardner TB, Falck-Ytter Y, Barkun AN. American Gastroenterological Association Institute Guideline on initial management of acute pancreatitis. *Gastroenterology.* 2018;154:1096-01. doi: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.01.032>.
3. Roberts KM, Nahikian-Nelms M, Ukleja A, Lara LF. Nutritional aspects of acute pancreatitis. *Gastroenterol Clin North Am.* 2018;47(1):77-94. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2017.10.002>.
4. Yokoe M, Takada T, Mayumi T, Yoshida M, Isaji S, Wada K, et al. Japanese guidelines for the management of acute pancreatitis: Japanese Guidelines 2015. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2015;22:405-32. doi: <https://doi.org/10.1002/jhbp.259>.
5. Lodewijkx PJ, Besselink MG, Witteman BJ, Schepers NJ, Gooszen HG, van Santvoort HC, et al. Nutrition in acute pancreatitis: a critical review. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2016;10(5):571-80. doi: <https://doi.org/10.1586/17474124.2016.1141048>.
6. McClave SA, Taylor BE, Martindale RG, Warren MM, Johnson DR, Braunschweig C, et al. Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN). *J Parenter Enteral Nutr.* 2016;40(2):159-211. doi: <https://doi.org/10.1177/0148607115621863>.
7. Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, Segovia-Lohse H, Gamberini E, Kirkpatrick AW, et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World J Emerg Surg.* 2019;14:27. doi: <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0247-0>.