

PANCREATITIS AGUDA

Sospecha Clínica

ANTECEDENTES : Litiasis biliar, CPER, Alcoholismo, Hipertrigliceridemia
HISTORIA: Dolor abdominal en barra, Vómitos
EXÁMEN: Dolor abdominal +/- defensa

Evolución temporal del riesgo de infección

Valoración paraclínica

Valoración diagnóstica

- Bioquímica: Amilasa > 3 veces valor normal
- Imagenológica: TC o RNM compatible

Valoración etiológica

- Ecografía de hígado y vía biliar
- Perfil hepático - patrón obstructivo
- Perfil lipídico
- Considerar Colangio-RNM si alta sospecha de etiología litiasica con ecografía no concluyente

Valoración de Severidad (Tabla 1)

Evaluación de disfunciones al inicio y a las 48 horas
Hemograma, Creatininemia, Azoemia, Ionograma, Crasis, Perfil hepático, Lactato

Tiempo ≤ 1 semana

Etiología biliar + Colangitis asociada

(patrón de colestasis con BT > 4 mg/dl mantenida ≥ 48 hs y/o signos imagenológicos de obstrucción biliar)

Hemocultivos

- Ampicilina/sulbactam 3 g iv c/6 hs + gentamicina 5 mg/Kg iv c/24 hs
- Alergia grave β-lactámicos: moxifloxacina 400 mg iv día + gentamicina
- Si riesgo microorganismos multirresistentes: piperacilina/tazobactam 4,5 g iv c/6 hs + amikacina 20 mg/kg iv c/24 hs. Si sepsis con disfunciones mayores (hemodinámica, renal, respiratoria), meropenem dosis carga 2 g iv en 1 hora seguido de 2 g iv en perfusión de 3 hs c/8 hs + amikacina 20 mg/kg iv c/24 hs.
- Duración de antibióticos 5-7 días

Control de foco: colangiopancreatografía endoscópica retrógrada - papilotomía, extracción mecánica de litiasis

Etiología biliar SIN colangitis asociada y otras etiologías

No iniciar antibióticos

Tiempo > 1 semana

SOSPECHA DE INFECCIÓN PANCREÁTICA O PERIPANCREÁTICA

Factores de riesgo

- Presentación inicial grave de pancreatitis
- Índice tomográfico ≥ 4 (Tabla 2)
- Criterio temporal: En segunda semana solo 1/3 de las infecciones son pancreáticas, más allá de 2 semanas, la mayoría de las complicaciones infecciosas corresponden a infecciones pancreáticas

Elementos clínicos (excluir otra causa de infección)

- Deterioro clínico progresivo
- Fiebre con agravación o aparición de disfunciones orgánicas múltiples

Elementos paraclínicos

- Reactantes de fase aguda en aumento (proteína C reactiva, procalcitonina)
- TC/RNM con aire en tejido pancreático o peripancreático
- Hemocultivo positivo sin otro foco

TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO

Grupo 1

Primeras 2 semanas
Sin factores de riesgo para microorganismos multirresistentes

Piperacilina/tazobactam 4,5 g iv c/6 hs + amikacina 20 mg/kg iv c/24 hs

Alergia leve-moderada β-lactámicos cefepime 2g iv c/8hs + amikacina 20 mg/kg iv c/24 hs

Alergia grave β-lactámicos: moxifloxacina 400 mg iv c/24hs + amikacina

Grupo 2

Tardío > 2 semanas y/o
Con factores de riesgo para microorganismos multirresistentes

Meropenem dosis carga 2 g iv en 1 hora seguido de 2 g iv en perfusión de 3 hs c/8 hs + amikacina 20 mg/kg iv c/24 hs

*Alto riesgo de carbapenemasa:

• Ceftazidime/avibactam 2,5 g iv c/8 hs en perfusión de 3 hs + aztreonam 1-2 g iv c/8 hs en perfusión 2-3 hs

• Alternativas: meropenem-colistina o tigeciclina-colistina

**Agregar tratamiento antifúngico si: colonización o infección por Candida en otro sitio+ otro factor de riesgo de candidiasis invasiva, o mala respuesta clínica luego de 5-7 días de tratamiento antibacteriano.

Fluconazol Dosis carga: 12 mg/kg iv día dividido en 2 dosis primeras 24 hs, Mantenimiento: 6mg/kg iv día dividido en 2 dosis.

Duración del tratamiento antimicrobiano: no menor a 2 semanas, tomando en cuenta drenajes, control del cuadro infeccioso, descenso sostenido de reactantes de fase aguda

MANEJO QUIRÚRGICO

- Si colección peripancreática infectada, se recomienda drenaje quirúrgico.

- La conducta quirúrgica frente a necrosis infectada se toma caso a caso considerando la situación clínica y el tiempo de evolución. Esto incluye la observación, el drenaje y la necrosectomía. De ser posible, diferir los procedimientos quirúrgicos hasta la encapsulación de la necrosis (más de 4 semanas).

REEVALUAR ESQUEMA ANTIMICROBIANO
SEGÚN CULTIVO/S Y RESPUESTA CLÍNICA



PRIMER SEMANA

>1 SEMANA

TABLA 1 - SEVERIDAD DE PANCREATITIS AGUDA			
CLASIFICACIÓN DE ATLANTA REVISADA (RAC)		CLASIFICACIÓN BASADA EN DETERMINANTES (DBC)	
Leve	No disfunciones orgánicas No complicaciones locales o sistémicas	Leve	No falla orgánica Y No necrosis (peri)pancreática
Moderadamente severa	Disfunción orgánica transitoria ≤ 48 hs Complicación local o sistémica sin disfunción orgánica persistente	Moderada	Disfunción orgánica transitoria Y/O Necrosis estéril (peri)pancreática
		Severa	Disfunción orgánica persistente O Necrosis (peri)pancreática infectada
Severa	Disfunción orgánica única o múltiple persistente > 48 hs	Crítica	Disfunción orgánica persistente Y Necrosis (peri)pancreática infectada

TABLA 2 - Índice de Severidad Tomográfico modificado de Balthazar			
Grado TC	Puntaje GRADO	Definición	
A	0	Páncreas normal	
B	1	Páncreas agrandado	
C	2	Inflamación pancreática o de grasa peripancreática	
D	3	Colección líquida peripancreática	
E	4	≥ 2 colecciones líquidas y/o aire retroperitoneal	
% NECROSIS	Puntaje NECROSIS	Definición	
No	0	Realce pancreático uniforme	
< 30%	2	No realce de una o más regiones de la glándula equivalente al tamaño de la cabeza de páncreas	
30-50%	4	No realce de 30-50% de la glándula	
> 50%	6	No realce de la glándula mayor de 50%	
Índice severidad TC = puntaje grado + puntaje necrosis		Morbilidad	Mortalidad
0-1		0	0
2-3		8%	3%
4-6		35%	6%
7-10		92%	17%

TABLA 3 – FACTORES DE RIESGO DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES
Factores de riesgo de Enterobacterias multirresistentes (BLEE) <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización en los últimos 3 meses • Internación en centros de tercer nivel o geriátricos • Antecedente de uso de antibióticos en los últimos 3 meses (β-lactámicos + inhibidores, cefalosporinas de 3 y 4G, quinolonas) • Catéter urinario mayor 30 días • Gastrostomía • Hemodiálisis, quimioterapia, radioterapia • Diabetes • Infección / colonización por Enterobacterias productoras de BLEE (últimos 6 meses) • Procedimiento biliar invasivo (CPRE)
Factores de riesgo de Enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) <ul style="list-style-type: none"> • Endemia o brotes por Enterobacterias productores de carbapenemasas en el área de internación actual • Internación en los últimos tres meses en centro asistencial con casos de EPC • Uso previo de carbapenémicos u otros antimicrobianos de amplio espectro por más de una semana • Colonización o infección previa por EPC (últimos 6 meses)
Factores de riesgo de candidiasis invasiva <ul style="list-style-type: none"> • Nutrición parenteral • Insuficiencia renal en hemodiálisis • Antimicrobianos de amplio espectro mayor de 1 semana • Colonización o infección por <i>Candida spp</i> en otro sitio • Estadía en UCI • Gravedad o disfunciones mantenidas

TABLA 3: DOSIS DE ANTIMICROBIANOS ESPECÍFICO	
Antimicrobiano	Dosis
Tigeciclina (sepsis, cobertura de microorganismos multi o extremadamente resistentes)	Carga: 200 mg iv en perfusión de una hora Mantenimiento: 100 mg iv en perfusión de 30 min a 1 hora cada 12 hs
Meropenem	2 g iv en perfusión de 3 hs o más cada 8 hs, En shock séptico o sepsis, dosis carga de 2 g iv en una hora, seguida de la primera dosis de perfusión.
Imipenem	500 mg iv en 30 min cada 6 hs o 1 g iv cada 8 hs. En sepsis, dosis carga de 1 g en 30 minutos, seguido de dosis 500 mg iv en 30 min cada 6 hs o 1 g iv c/ 8 hs.
Colistina	Carga: 4 mg/Kg iv en perfusión de una hora Mantenimiento: 1,5 - 2 mg/Kg iv en perfusión de 1 hora c/ 8-12 hs
Fluconazol	Dosis carga: 12 mg/kg iv día dividido en 2 dosis primeras 24 horas, Mantenimiento: 6mg/kg iv día dividido en 2 dosis.