

NIVELES DE CREATININA SERICA Y RAYOS X DE TÓRAX EN LA EVALUACIÓN TEMPRANA DE LA PANCREATITIS AGUDA

* Karina Vania Cartagena Pérez.

** Franco Ibarra Gómez.

RESUMEN

En la pancreatitis aguda severa a menudo se presenta compromiso pulmonar en forma de alteración funcional o radiográfica. En estudios previos se ha demostrado que este compromiso podía ser utilizado como marcador de mal pronóstico al igual que el aumento de la creatinina sérica.

El presente estudio prospectivo, analítico y lineal, se realizó en el Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés. Se tomó en cuenta a todos los pacientes internados con diagnóstico establecido por criterios convencionales serológicos y de imágenes de Pancreatitis aguda en ausencia de enfermedad maligna o pancreatitis crónica en las primeras 24 horas de Internación. Se incluyó un total de 48 pacientes, correspondiendo al sexo femenino 26 (54 %) y al sexo masculino 22 (46 %), con edades entre los 36 a 50 años 16 (33 %). La etiología más frecuente fue la biliar 37 (77 %). Presentaron creatinina sérica mayor de 2 mg % 10 (20.8 %). A todos los pacientes se practicó Rx de tórax a las 24 horas de ingreso en todos los pacientes, lo que permitió constatar derrame pleural en 14 (29.2 %).

Siete pacientes (15%) con pancreatitis aguda tuvieron un nivel de creatinina mayor a 2 mg % más derrame pleural. De éstos, fallecieron 6 (84 %). Otro subgrupo con creatinina elevada sin derrame pleural 11 (23%) y de éste, fallecieron 3 (20 %). En el subgrupo de pacientes con creatinina normal más derrame pleural en la radiografía de tórax, 6 (13%) presentaron mejor evolución y uno solo falleció (12 %). Pacientes que tuvieron creatinina sérica elevada en las primeras 24 horas de evolución de la pancreatitis aguda asociada a derrame pleural corresponden a un subgrupo de pacientes con alto riesgo de evolución fatal.

Palabras Claves: Pancreatitis aguda, Creatinina, Derrame pleural.

ABSTRACT

In acute severe Pancreatitis it is commonly find Lung compromise as a functional or radiographic alteration. In previous studies it has been shown that this finding could be used as bad prognosis indicator in the same way that blood creatinine increase.

This is a lineal, prospective and analytical study, it was done at Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés. It was considered all interned patients with diagnostic of acute pancreatitis which was accomplished by serologic and image conventional criteria in absence of malign illness or chronic pancreatitis within the first 24 hours after hospital ingress. It was included 48 patients from which 26 (54%) were female and 22 (46%) male. The age of sample patients was between 36 to 50 years old. The most common etiology was biliary 37 (77%). These patients had blood serum creatinine higher than 2 mg %10 (20.8%). All patients were tested with a thorax Rx plate 24 hour after their ingress to hospital, which allow us to establish pleural outpouring in 14 patients (29.2%).

Seven patients (15%) with acute pancreatitis had creatinine level above 2 mg% and pleural outporing. From this, 6 (84%) died. Within normal creatinine level and pleural outpouring at thorax Rx plate patients, 6 (13%) had better evolution, and only one died (12%). Patients who had a serum creatinine level increase within first 24 hours of acute pancreatitis associated to pleural outpouring of acute pancreatitis associated to pleural outpouring is common in patients with high risk of fatal end.

Key words: Acute pancreatitis, creatinine, pleural outpouring.

* Médico Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés.

** Médico Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés.

INTRODUCCION

La pancreatitis aguda es una patología relativamente común, definida como la inflamación aguda del páncreas, pudiendo verse implicados tejidos circundantes y órganos a distancia.

Son muchos los factores y enfermedades que se han relacionado con la etiología de la pancreatitis aguda. Sin embargo, la litiasis biliar y el alcohol son responsables de más del 80% de los casos y el predominio de uno sobre el otro depende de la distribución geográfica y el sexo.

La inflamación aguda del páncreas es reversible, hecho que la distingue de la pancreatitis crónica, donde los cambios estructurales son permanentes y se produce un deterioro de la función endocrina y exocrina de la glándula. Actualmente se considera que pancreatitis aguda y crónica son entidades independientes y no distintos estadios de una misma enfermedad.

El acontecimiento central en el origen de una pancreatitis aguda es la auto-digestión del tejido pancreático como resultado de la activación de los precursores enzimáticos^{1,2} producidos por la propia glándula. Una vez activada la tripsina, ésta, a su vez, activa al resto de enzimas como la elastasa, kalikreína, lipasa, etc.

La agresión puede extenderse a los tejidos peripancreáticos produciendo lesiones en órganos vecinos (colon, estómago, duodeno y vasos esplénicos), exudado peritoneal y directamente o a través de linfáticos, derrame pleuropericárdico. En los casos mas severos, las proteasas activadas actúan a nivel sistémico originando alteraciones hemodinámicas (vasodilatación, coagulación intravascular diseminada), metabólicas (hiperglucemia, hipocalcemia), y en el peor de los casos, insuficiencia renal, distrés respiratorio y fallo multiorgánico.

El síntoma guía es un dolor abdominal severo, continuo, localizado en epi/mesogastrio, irradiado

a espalda (en la mitad de los casos), que se alivia con la flexión del tronco (sentado hacia delante, posición fetal). No es raro que aparezca tras una comida copiosa y se prolongue durante horas o días (es un inicio menos brusco que en el paciente con perforación de víscera hueca y más continuo y prolongado que el cólico biliar). La mayoría de los casos se acompaña de nauseas o vómitos, fiebre y distensión abdominal.

A la exploración se encuentra a un paciente nervioso, inquieto, a diferencia de la inmovilidad del paciente con perforación de viscera hueca. Se suele palpar sensibilidad o defensa abdominal localizada, sin signos de irritación peritoneal. En raras ocasiones se forman equimosis alrededor del ombligo (signo de Cullen), bajo el ligamento inguinal (signo de Fox) o en los flancos (Grey-Turner).

Ante la sospecha clínica de una pancreatitis aguda, el paso necesario para establecer el diagnóstico es la determinación de enzimas pancreáticas; debemos recurrir a la estimación de amilasa que junto a la lipasa ofrecen una sensibilidad y especificidad del 95%.

En el presente estudio se evalúa que valor pronóstico tiene la elevación de la creatinina serica y la presencia de derrame pleural en la radiografía de tórax, en la pancreatitis aguda durante las primeras 24 horas de evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para el presente estudio prospectivo, analítico y longitudinal se identificaron pacientes de enero a diciembre de 2000 internados en el I.G.B.J con diagnóstico de Pancreatitis Aguda en las primeras 24 horas de evolución en ausencia de enfermedad maligna o Pancreatitis crónica.

El diagnóstico se estableció en base a criterios convencionales, serológicos y de imágenes . En todos los enfermos se valoraron los marcadores

bioquímicos y radiografía de tórax en busca de derrame pleural u opacidades parenquimatosas . Se incluyó pacientes con amilasa elevada (mayor a 3 veces del valor normal) con pancreatitis aguda , además de la clínica; se incluyó también las variables edad, sexo, horas de evolución, origen de la pancreatitis, niveles de creatinina serica dentro las primeras 24 horas, Rx de tórax y evolución.

Se excluyeron a los pacientes con pancreatitis crónica, con cáncer de páncreas, Neumonía, TBC pulmonar, trombo embolismo pulmonar y derrame pleural de otras causas .

RESULTADOS

Se incluyó un total de 48 pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda entre enero y diciembre de 2000 confirmados por clínica, laboratorio y procedimientos de imagenología.

Se observó que el sexo femenino predomina con 26 casos (54 %) sobre el masculino 22 casos (46%).

El grupo etareo más afectado es de 36 a 50 años 16 (33 %) seguido de 20 a 35 años 12 (25 %) de 51 a 65 años 10 (21 %) , de 66 a 80 años 7 (15%) .

La etiología más frecuente es la biliar con 37 (77 %), la idiopática 5 (10 %) la alcohólica 4 (8 %) seguido de la dislipidémica 2 (4 %).

La radiografía de tórax permitió constatar derrame pleural en 14 pacientes (29.2%) con predominio izquierdo.

Se encontró creatinina serica por encima de 2 mg% en 10 pacientes (20.8 %).

La asociación creatinina serica mayor de 2 mg % y derrame pleural en la Rx de tórax presentaron 7 casos (15 %) de los cuales fallecieron 6 casos (84 %).

Se encontró creatinina sérica elevada sin derrame pleural en 11 (22.9 %) de los que fallecieron 3 (20 %) .

La relación creatinina serica normal con derrame pleural en la Rx de tórax se encontró en 6 casos (13 %) los mismos que presentaron evolución favorable excepto un paciente que falleció (1.2 %).

DISCUSIÓN

Durante la primeras 24 horas de un ataque de pancreatitis aguda los marcadores que se utilizan para evaluar la severidad de la enfermedad solo muestran escasa correlación con el riesgo de mortalidad, en un paciente en particular.

La pancreatitis aguda severa a menudo presenta compromiso pulmonar en forma de alteración funcional o radiográfica, y en estudios previos se ha demostrado que este compromiso mas el aumento de la creatinina sérica, podría ser utilizado como marcador de mal pronóstico, constituyendo un subgrupo de alto riesgo de mortalidad.

La elevación de la creatinina sérica implica una menor perfusión renal provocada en los casos graves de pancreatitis aguda fundamentalmente por hipovolemia, debido también a mayor y mas extenso proceso inflamatorio pancreático y peripancreático que lleva a una mayor pérdida de líquidos, que incluye el líquido alrededor del páncreas, el intraluminal (íleo intestinal), la pérdida hacia el exterior por vómitos y el grado de fiebre.

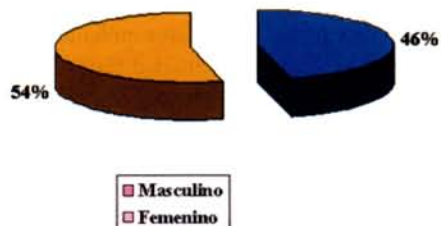
La presencia o nó de derrame pleural también está determinada por la perdida de líquidos a nivel peripancreático, que a su vez depende de la gravedad del proceso inflamatorio pancreático y peripancreático y la necrosis, lo que lleva al paso de fluidos a la cavidad pleural que por vecindad se acumula con mayor frecuencia al lado izquierdo.

Como las dos alteraciones dependen de la gravedad del proceso inflamatorio se explica que sean trastornos encontrados en las formas mas graves de pancreatitis y se constituyan en factores de mal pronóstico.

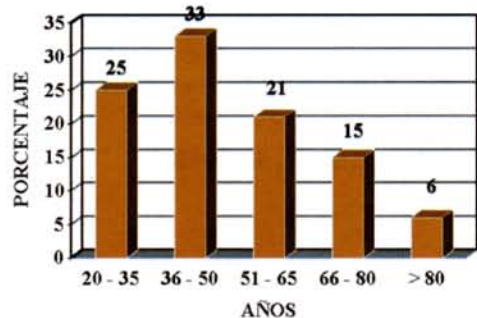
El subgrupo de pacientes que presentaron creatinina elevada con tendencia a mayor

elevación y radiografía de tórax normal tuvieron también mal pronóstico . Aquellos pacientes que demostraron niveles de creatinina normal y derrame pleural tuvieron mejor evolución .

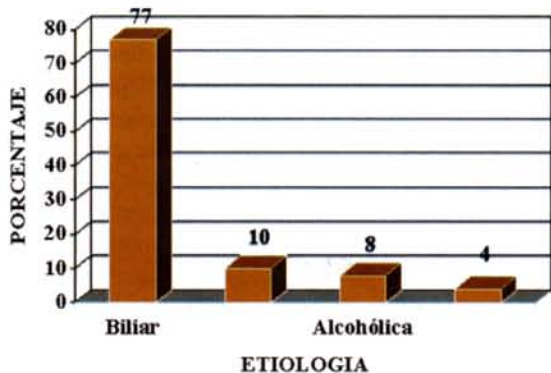
NIVELES DE CRATININA SERICA Y RX. DE TORAX EN LA EVALUACION TEMPRANA DE LA PANCREATITIS AGUDA DISTRIBUCION POR SEXO



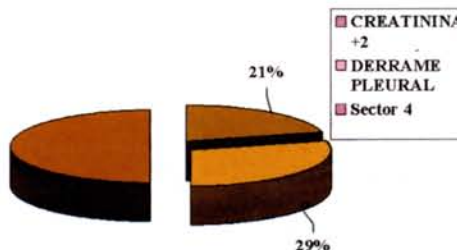
NIVELES DE CRATININA SERICA Y RX. DE TORAX EN LA EVALUACION TEMPRANA DE LA PANCREATITIS AGUDA DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO



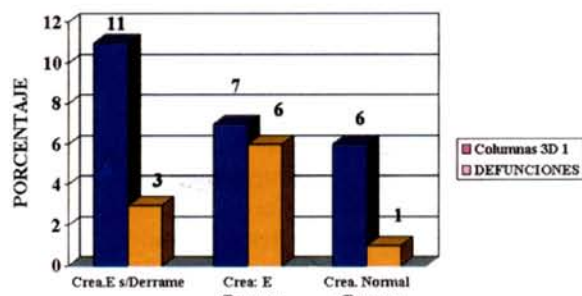
NIVELES DE CRATININA SERICA Y RX. DE TORAX EN LA EVALUACION TEMPRANA DE LA PANCREATITIS AGUDA ETIOLOGIA



NIVELES DE CRATININA SERICA Y RX. DE TORAX EN LA EVALUACION TEMPRANA DE LA PANCREATITIS AGUDA DERRAME PLEURAL Y CREATININA ELEVADA



NIVELES DE CRATININA SERICA Y RX. DE TORAX EN LA EVALUACION TEMPRANA DE LA PANCREATITIS AGUDA RELACION CREATININA , DERRAME PLEURAL Y MORTALIDAD



CONCLUSIONES

La combinación de creatinina sérica mayor de 2 mg% mas derrame pleural son factores de muy mal pronóstico en la evolución temprana de la pancreatitis aguda .

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Baltasar Ej. Freeny PC Sonnenberg E. Imaging and intervention in acute pancreatitis . Radiology 1994; 193:297 - 306.
- 2.- Uscanga - Dominguez L, Robles Diaz G, Ojeda JA y Col. Factores que determinan la gravedad de la pancreatitis aguda 3.En busca de índices pronósticos. Rev. Gastroenterológica Mex 1986; 51:325.
- 4.- American Journal of Surgery 177: 7 Ref. 40, Enero 1999.
- 5.- Gastroenterology and surgica;lDepartmen, University of Verona; Department of Gastroenterology, Cardarelli Hospital, Naples; Emergency Department,Orsola Hospital,Bolonia, Italia.