

Manejo del dolor en pancreatitis



MÉXICO

Autor: Jorge Cervantes Cruz, cirujano adscrito al Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza", profesor titular de pregrado del curso Clinopatología del Aparato Digestivo de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional y miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General, la Asociación Mexicana de Gastroenterología y el Fellow American College of Surgeons.

El paciente que ingresa a una sala de urgencias con un cuadro de pancreatitis aguda presenta dolor, el cual se localiza en la región epigástrica, consecuencia generalmente de una ingesta abundante de alimentos grasos y bebidas alcohólicas. El dolor es producido por la estimulación de las terminaciones nerviosas en el plexo solar y en los conductos lobulillares pancreáticos; además, existe distensión importante en la cámara gástrica, lo que provoca una sensación de plenitud que descansa cuando aparece el vómito. El dolor se manifiesta de forma espontánea y con gran intensidad; se irradia hacia la región lumbar secundaria a la relación descrita anatómicamente. Se trata de un dolor sordo, punzante, que no cede a ninguna posición, se acompaña de mal estado general, deshidratación y vómito. Cuando el cuadro ha evolucionado, se presenta fiebre, alteraciones metabólicas, desequilibrio ácido base y, más tarde, manifestaciones a distancia como insuficiencia respiratoria, cardiocirculatoria, renal.⁵

Diagnóstico

La sospecha clínica es el primer elemento diagnóstico. Basta con saber que el dolor es parte fundamental y piedra angular de la enfermedad; sin embargo, los estudios de laboratorio y gabinete orientan hacia un diagnóstico correcto y el uso de la tomografía dinámica corrobora el estado de la glándula, mientras que los estudios de sangre revelan enzimas específicas elevadas en el proceso agudo del padecimiento. La clasificación de éste se realiza en este momento para determinar los pasos a seguir.

Tratamiento

Como ya se ha mencionado, la pancreatitis es una enfermedad inflamatoria agresiva que lesiona de manera inicial la glándula pancreática ➔

Sugerencias de lectura

1. Carter DC. Recent advances in pancreatic diseases. *J R Coll Surg Edimb* 1991;36:75.
2. Testut L, Latarjet A. Páncreas. En: Testut L, Latarjet A. *Tratado de Anatomía Humana*. Salvat Editores. Barcelona, 1992. Tomo IV p. 682-710.
3. Rudick J. Physiology of pancreatic secretion. *Surg Clin North Am* 1981;61:4754.
4. Bradley LE, Hall RJ, Lutz J, Hammer L, Lattaouf O. Haemodynamic consequences of severe pancreatitis. *Ann Surg* 1983;198:130.
5. Uhi W, Warshaw A, Imrie C. IAP guidelines for the surgical management of acute pancreatitis. *Pancreatology* 2002; 2:565-573.
6. Elta GH, Barnett JL. Meperidine need not be proscribed during sphincter of Oddi manometry. *Gastrointest Endosc* 1994; 40:7-9.
7. Rubin DC. Pancreatitis. In: Woodley M, Whelan A, eds. *Manual of medical therapeutics: the Washington manual*. Boston: Little, Brown 1992:306-308.
8. Goff SJ. The effect of ethanol on the pancreatic duct sphincter of Oddi. *Am J Gastroenterol* 1993; 88:5, 656.
9. Leach SD, Gorelick FS, Modin IM. New perspectives on acute pancreatitis. *Scand J Gastroenterol* 1992; 27 suppl 192:29.
10. Clain JE, Prstodn RK. Diagnosis of chronic pancreatitis. Is a gold standard necessary? *Surg Clin Nort Am* 1999; 79:829-842.
11. Singh SM, Reber HA. The pathology of chronic pancreatitis. *World J Surg* 1990; 14:2-10.
12. Warshaw AL, Banks PA, Fernández del Castillo C. AGA technical review: treatment of pain in chronic pancreatitis. *Gastroenterology* 1998; 115:763-775.
13. Prinz RA, Geenle HB. Pancreatic duct drainage in chronic pancreatitis. *Hepatogastroenterology* 1990; 120:361.
14. Elsborg L, Brungsgaard A, Standgaard L, Reynicke VV. Endoscopic retrograde pancreatography and exocrine pancreatic function in chronic alcoholism. *Scand J Gastroent* 1981; 16:941.
15. Nakumara T, Takeushi T, Tando Y. Pancreatic dysfunction and treatment options. *Pancreas* 1998; 16:329.
16. Chan C, Vickers SM, Ferrer J, Aldrete JS. Pancreatectomy and lateral en pancreatitis crónica. *Rev Mex Gastroenterol* 2002.
17. Vickers SM, Chan C, Heslin MJ, Bartolucci A, Aldrete JS. The role of pancreaticoduodenectomy in the treatment of chronic pancreatitis. *Am Surg* 1999; 65: 1108-1111.

y, posteriormente, los órganos a distancia. El tratamiento está encaminado a mantener al paciente en las mejores condiciones posibles con soluciones y manejo integral en la sala de terapia intensiva; el control del dolor es importante y se debe llevar a cabo una vez hecho el diagnóstico, ya que si éste es equivocado y se encubre el dolor, podrán existir complicaciones si se realiza un tratamiento quirúrgico temprano.

El dolor secundario al aumento de la presión ductal es el síntoma que aqueja más a los pacientes y que los mantiene en una agonía incapacitante. Generalmente está indicado el uso de narcóticos intravenosos; la meperidina es el fármaco de elección.^{6,7} La razón se basa en la evidencia clara de que contrario a la morfina, ésta no causa espasmo del tracto biliar y resulta en un claro control del dolor en la región alta del abdomen. La morfina no debe ser usada en pacientes con pancreatitis, ya que incrementa la presión en el tracto biliopancreático y provoca un espasmo completo y permanente al esfínter de Oddi; una dosis pequeña (0.04 mg/kg i.v.) es suficiente para elevar la presión.⁷ Para lograr el control del dolor se debe llevar a cabo descompresión gástrica mediante una sonda de Levin; el uso apropiado de líquidos y electrolitos reduce la ansiedad del paciente, junto con el inicio de antibióticos. Se ha utilizado el lavado peritoneal con soluciones isotónicas de entrada por salida para disminuir las enzimas proteolíticas y así evitar las complicaciones a distancia y desvanecer el dolor. Una vez que el proceso inicial se limita, el dolor disminuye de manera importante y queda como situación final la restitución del tránsito intestinal.⁸

Aspectos fisiopatológicos de la pancreatitis crónica

No se tiene información precisa sobre los mecanismos fisiopatogénicos que provocan el desarrollo de la pancreatitis crónica. Existen algunas teorías que indican que hay alteraciones en la función acinar y en el conducto pancreático principal que incrementan la difusión de proteínas hacia la misma vía de salida, lo cual aumenta la posibilidad de formación de tapones proteínicos y obstrucción,

con la consecuente inflamación constante y la posterior fibrosis del tejido. Las células ductales y las acinares muestran un incremento en la concentración de factores de crecimiento, y sus receptores favorecen el desarrollo de fibrosis en el conducto y áreas vecinas. Otra teoría indica que el depósito progresivo de lípidos en la glándula pancreática origina un daño que posteriormente dará lugar a inflamación y fibrosis. Por último, existe una teoría en la que se implica el exceso de formación de radicales libres, lo que provoca preoxidación de los componentes lipídicos de la membrana dentro de la célula acinar, lesionándola y formando una respuesta inflamatoria severa que tiempo después terminará en fibrosis.⁹ Una vez que la respuesta inflamatoria se ha presentado, la glándula es capaz de regenerar su tejido en poco tiempo, sin embargo, si la agresión es permanente, se producen cambios neurales con incremento en el diámetro promedio del sistema nervioso acinar y lobulillar, desintegración completa del perineurio y disminución del área pancreática innervada.^{10,11}

Cuadro clínico

El dolor abdominal es el síntoma primordial que se presenta en los pacientes con pancreatitis crónica (90%). Sin duda, es la más frecuente e importante manifestación en la llegada de un paciente al servicio de urgencias. Se relaciona con la ingesta de alcohol, alimentos o episodios de pancreatitis aguda repetitiva; posteriormente, las crisis dolorosas son más prolongadas o el dolor se hace continuo, localizado en la parte alta del abdomen, de tipo transfixivo, que irradia a la espalda, de intensidad variable y persistente. Puede acompañarse de náuseas y vómito que no lo modifican; generalmente se va haciendo más resistente a los analgésicos habituales, aunque cerca de 15% de los pacientes no manifiesta dolor. La duración es variable y puede desaparecer en forma espontánea; algunas personas refieren alivio al adoptar la posición en gatillo.

La diabetes mellitus por insuficiencia pancreática endocrina representa 50% de los enfermos, puede ser la primera manifestación clínica, lo que es frecuente en las formas indoloras; la diarrea y esteatorrea como expresión de la insuficiencia pancreática exocrina ocurre con menos frecuencia. La pérdida de peso y la desnutrición se presentan al fin de la enfermedad, secundarias a la mala absorción de nutrientes y específicamente al mal control del dolor que se desencadena a la ingesta de alimentos. El dolor tiende a reducirse cuando aparece la insuficiencia pancreática con disminución de la secreción de enzimas; puede haber ascitis, hepatomegalia y esplenomegalia, con menos frecuencia hemorragia del aparato digestivo por gastritis erosiva o varices esofágicas rotas.^{12,13}

Diagnóstico

Los antecedentes de alcoholismo y de cuadros repetitivos de pancreatitis aguda orientan al diagnóstico; la tríada de dolor intenso intratable, insuficiencia pancreática endocrina y exocrina sugieren el mismo. Los exámenes de laboratorio y gabinete buscan de manera directa las fallas endocrinas y exocrinas. Por su parte, los estudios radiológicos pueden observar calcificaciones en la región anatómica del páncreas. El estudio más útil en la pancreatitis crónica es la colangiopancreatografía retrógrada transendoscópica, mediante la cual se observan las características del ámpula y se pueden tomar biopsia y citología del jugo pancreático; la certeza diagnóstica aumenta si se aplica un estímulo con secretina.¹⁴

Tratamiento

El tratamiento ideal está encaminado a suprimir el dolor; al principio es conservador e inicia con dieta baja en grasas, analgésicos no narcóticos y se prohíbe la ingesta de alcohol. En un gran porcentaje estas medidas son suficientes para evitar recurrencias de los ataques de dolor. Es conveniente una dieta baja en carbohidratos y grasas, los triglicé-

dos de cadena media son mejor aprovechados en este tipo de pacientes; debe administrarse terapia sustitutiva para la insuficiencia endocrina y la exocrina, como insulina y compuestos enzimáticos. La disminución de la secreción gástrica aumenta el aprovechamiento de las enzimas pancreáticas, por lo que el uso de bloqueadores H2 de la histamina y de la bomba de protones es una ayuda valiosa. Los anticolinérgicos son menos útiles.

La educación del paciente para evitar la ingesta de alcohol es importante, también la visita al psiquiatra es de gran apoyo. Los individuos que persisten con dolor a pesar de las medidas generales son candidatos a otras alternativas, como los analgésicos más potentes (narcóticos), lo cual tiene una desventaja, ya que pueden complicar a la persona y crear adicción. El tratamiento del dolor constituye un verdadero problema. En fases iniciales se utilizan analgésicos del tipo pirazolona, acetaminofén y AINE, que deben ser administrados antes de los alimentos que desencadenan el dolor; junto con la supresión de alcohol pueden ser suficientes.

Como se mencionó, la causa del dolor en la pancreatitis es desconocida, invariablemente se requieren drogas narcóticas para el control del mismo. El bloqueo percutáneo de los ganglios celiacos con alcohol o fenol puede proporcionar alivio. De los avances en endoscopia intervencionista ha surgido una nueva alternativa para el manejo de la pancreatitis crónica: la esfinterotomía con extracción de piedras de los conductos pancreáticos y la dilatación de los mismos, que han dado mejores resultados comparados con el tratamiento quirúrgico.

El principal aviso para el tratamiento quirúrgico en la pancreatitis crónica es el dolor; las complicaciones como pseudoquistes o absceso pancreático, ictericia obstructiva por estenosis distal del colédoco y la oclusión por estenosis duodenal son indicaciones de cirugía.

Es muy importante la selección adecuada del paciente para tratamiento mediante cirugía. **DOLOR**