

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:
V. F. Moreira y A. López San Román
Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Pancreatitis crónica

¿QUÉ ES LA PANCREATITIS CRÓNICA?

Es una enfermedad que se caracteriza por la inflamación del tejido pancreático con pérdida de sus funciones, debido a la destrucción progresiva e irreversible de las células y su sustitución por tejido fibroso. El páncreas se atrofia, es decir, disminuye de tamaño.

En condiciones normales el páncreas tiene dos funciones fundamentales. La función exocrina la desarrollan las células acinares y ductales. A través de sus productos (enzimas y electrolitos) consiguen que absorbamos todo lo que comemos y que pasen los nutrientes a la sangre. Sabemos que la enzima amilasa ayuda en la absorción de los hidratos de carbono, la tripsina a la de las proteínas y por último la lipasa a la de las grasas. La función endocrina del páncreas está a cargo de unas células específicas (islotos de Langerhans) y estas se encargan de producir insulina para metabolizar la glucosa. Podemos vivir sin páncreas pero hay que sustituir sus funciones.

La incidencia de la pancreatitis crónica en España según un trabajo realizado en la zona de Cantabria es de 14 casos por 100.000 habitantes y año.

¿QUÉ CAUSA LA PANCREATITIS CRÓNICA?

Hoy en día se considera que la causa más frecuente de la pancreatitis crónica es el alcohol (casi el 80% de los pacientes) y se cree que la ingesta continuada de 80 g de alcohol diarios en el hombre y 60 g en la mujer, serían dosis suficientes para desarrollarla. No todas las personas con esta ingesta de alcohol desarrollan una pancreatitis crónica. Pensamos que probablemente tienen que existir otros factores facilitadores, como por ejemplo parece ser hoy en día el caso del tabaco.

En aproximadamente un 20% de los casos no encontramos una causa quedando catalogada la pancreatitis como idiopática, siendo la segunda causa en orden de frecuencia. En un 3% la pancreatitis crónica es debida a alteraciones genéticas (pancreatitis hereditaria, fibrosis quística), a alteraciones autoinmunes (pancreatitis autoinmune), a ciertos factores ambientales del clima o la dieta, como la pancreatitis que se observa en India o África (pancreatitis tropical).

¿QUÉ SINTOMAS PRODUCE?

El dolor es el síntoma principal y lo presentan en algún momento de la enfermedad más del 90% de los pacientes. Es un dolor que se localiza en la parte central y alta del abdomen y que se irradia hacia ambos lados y en ocasiones a la espalda. Este dolor puede ser continuado o cursar a brotes simulando episodios de pancreatitis aguda que en muchas ocasiones precisan ingreso hospitalario. El dolor continuado es un dolor que se desencadena con la comida y en ocasiones es tan intenso que el paciente adelgaza por el miedo que tiene a comer. En la historia natural de la enfermedad el dolor aparece entre la tercera y cuarta década de la vida en los pacientes alcohólicos y puede desaparecer espontáneamente cuando la enfermedad está ya muy avanzada. En los pacientes con pancreatitis idiopática se diferencian dos formas ya bien catalogadas: la juvenil que se inicia por crisis de dolor intenso en la segunda década de la vida, y la senil, que generalmente es indolora.

La esteatorrea es la segunda manifestación en frecuencia después del dolor. Esteatorrea es el exceso de grasa en las heces debido a la insuficiencia pancreática exocrina (la falta de enzimas impide que la grasa de la dieta se absorba). Esto ocurre habitualmente de forma tardía en la evolución de la enfermedad, aunque puede ocurrir que sea el primer síntoma como ocurre frecuentemente en la pan-

creatitis idiopática senil. Se caracteriza por deposiciones diarreas, brillantes, pastosas y muy voluminosas por lo que no pasan desapercibidas al paciente y habitualmente van asociadas a la pérdida de peso.

La diabetes mellitus es el tercer síntoma en frecuencia y se debe a la insuficiencia pancreática endocrina. Habitualmente es un síntoma de la pancreatitis crónica muy avanzada y generalmente aparece en pacientes que ya tienen esteatorrea.

Otros síntomas ya mucho menos frecuentes son la ictericia (pigmentación amarilla de piel y mucosas) por compresión del conducto biliar, la ascitis pancreática (formación de líquido en la barriga) y la hemorragia digestiva por varices gástricas.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

Ante la sospecha clínica la primera exploración es una radiografía directa de abdomen que en muchos casos mostrará calcificaciones en el área pancreática, lo que diagnostica la enfermedad.

Hoy en día tenemos a nuestra disposición diversas pruebas de imagen que nos informarán de las alteraciones en tamaño, forma y estructura del páncreas. Son la ecografía abdominal, la tomografía computarizada abdominal y la colangiopancreatografía por resonancia; todas ellas pruebas no invasivas (no requieren endoscopia). Si se trata de visualizar mejor el tejido pancreático por existir duda diagnóstica con un proceso canceroso la exploración de elección será la ultrasonografía endoscópica (eco-endoscopia) con toma de muestra para estudio del tejido. Esta exploración es mínimamente invasiva y precisa de la introducción de un endoscopio hasta el duodeno. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se reservará para los pacientes en los que se tenga que realizar una maniobra terapéutica. El diagnóstico de la insuficiencia pancreática exocrina se puede realizar mediante el estudio de elastasa en una muestra de heces, entre otros métodos.

TRATAMIENTO

La mayoría de los pacientes acuden al médico por el dolor continuado o a brotes. La primera medida es la recomendación de la supresión del alcohol y el tabaco. El tratamiento será primero con analgésicos menores como paracetamol o metamizol para pasar posteriormente a antiinflamatorios no esteroideos. Hay que intentar no utilizar derivados mórficos y si el dolor no se puede controlar se pasará a otras opciones de tratamiento. La primera de ellas y si se comprueba que existe una estenosis del conducto pancreático principal será la colocación temporal de una prótesis (tubo) dentro del conducto mediante una CPRE. Si no existiera estenosis una posibilidad sería la neurectomía del plexo celiaco mediante la inyección de una sustancia en los ganglios celiacos guiados por una tomografía computerizada o por una eco-endoscopia, también de forma temporal. Si no se puede controlar el dolor con estos medios está indicada la intervención quirúrgica.

El tratamiento de la insuficiencia pancreática (esteatorrea) se realizará tomando en las comidas las enzimas que el páncreas no produce. Existen preparados de extractos de páncreas de cerdo muy efectivos y bien tolerados. El tratamiento de la insuficiencia pancreática endocrina (diabetes) se basa en una dieta especial y en la administración de insulina.

L. Guarner Aguilar

Servicio de Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona