

ATENEO CENTRAL DE RESIDENTES



Y si “ENZIMA” aumenta.....

Objetivos



- Presentar un caso de Pancreatitis Aguda
- Discutir aspectos controvertidos del tratamiento

MOTIVO DE CONSULTA



- Niña de 8 años, previamente sana. Consulta por presentar náuseas, vómitos alimenticios y dolor abdominal de 24 hs. de evolución. Afebril.
- Acude a la guardia de HNPE por persistencia y agravamiento de los síntomas.

ANTECEDENTES



- RNT/PAEG.
- ASMA diagnosticado a los 7 años.
- 1° internación a los 7 años por crisis Asmática. (O2 por 4 días).
- Vacunas completas.
- Antecedentes familiares: Ca de colon (Abuelo paterno). Melanoma (Abuela materna), dislipemia (tía).

EVOLUCION GUARDIA



- Niña en REG, estable hemodinámicamente, Abdomen: distendido, con defensa a la palpación, dolor intenso 10/10 epigastrio con irradiación a todo el abdomen, continua con vómitos
- Se solicita (19/2):
- HMG: 27600 (80% N)/16/44.5/476000
- EAB/IONO: Normales

EVOLUCION GUARDIA (24hs)



- Ecografía Abdominal (19/2): no evaluable por meteorismo intenso. Páncreas NO VISIBLE.
- Se interna en guardia externa.
- IC de gastroenterología y cirugía.
- Continua con sintomatología.

EVOLUCION GUARDIA



- Ecografía Abdominal (20/2): pancreas heterogeneo, aumentado de tamaño (DAP a nivel del cuerpo de 26 mm) globuloso con liquido pancreatico. Se observa liquido particulado con tractos de fibrina a nivel subhepatico, esplenorrenal y en hipogastrio supravesical, compatible con PANCREATITIS. Resto s/p.
- Se decide internacion en UCI.

DIAGNOSTICO



- PANCREATITIS AGUDA
- Se solicitan nuevos laboratorios(20/2):
- HMG. 19200 (83%)/ 18/50/490000.
- Glu 261
- Amilasa 677/Lipasa 604.
- Amilasuria (20/2): 9917
- EAB/Hepatograma normal.
- Colagenograma y serologías virales: normales.

TAC



- Páncreas: pérdida de definición de sus contornos con cambios necróticos cabeza, cuello y la totalidad del cuerpo. (zona vital solo en tercio medio del cuerpo y zona distal de cola). Gran colección líquida peri pancreática que se extiende hacia ambos espacios para-renales y mesenterio. Alteración de la grasa en mesenterio.
- Derrame pleural bilateral con colapso compresivo del parénquima pulmonar subyacente en ambos lóbulos inferiores.

UCI: TRATAMIENTO INICIAL



- **Suspensión vía oral.**
- SNG abierta.
- PHP
- **Ampicilina-sulbactam**
- **Morfina**
- Omeprazol

UCI : EVOLUCION



Aspecto cardiovascular:

- Hemodinámicamente estable, sin requerimiento de inotrópicos

Aspecto infectológico:

- A las 48 hs del ingreso presenta registro febril. Se decide rotar a MEROPENEM. HMC X 2. Persiste subfebril. Cumple 14 días.

EVOLUCION UTI



Aspecto sedoanalgésico:

- Se rota analgesia a KETOROLAC y MEPERIDINA.

EVOLUCION UTI



Aspecto nutricional:

- Ayunada durante las primeras 48 hs, luego inició nutrición parenteral. Por mejoría clínica el 5 día se decide comenzar con la alimentación enteral con LK100 10ml/hs (goteo continuo por SNG)
- Se aumenta progresivamente el aporte enteral y se disminuye el parenteral hasta suspender.
- Al 9 día se progresa lentamente con dieta hipograsa y se pasa aporte de leche cada 3hs (SNG)
- al 15dia se suspende SGN y quedan todos los aportes por vía oral.

EVOLUCION UTI



- A las 48 hrs del ingreso presenta registros de hiperglucemia por lo que comienza con correcciones de insulina corriente según valores. Al no descender los valores se indica insulina LANTUS (una dosis matinal)
- A la semana regulariza los valores de glucemia y se suspende la insulina. Se indican controles de glucosuria 4 veces al día.

EVOLUCION UTI: Complicaciones



- Se realizaron ecografías abdominales semanales de seguimiento durante la internación
- Al día 21 de evolución se evidencia formación líquida quística compatible con pseudoquiste. Inicialmente de 90x40mm y a la semana de 10x40mm

EVOLUCION UTI



- Se realizó **interconsulta con cirugía** quien decide conducta medica conservadora durante las próximas 3 semanas de evolución de la enfermedad.
- Seguimientos con ecografías semanales ambulatorias.
- Y decidir tratamiento posterior según evolución del tamaño del pseudoquiste

EVOLUCION UTI



- La paciente es dada de alta al mes de iniciado su cuadro con dieta hipograsa y controles ecográficos semanales.

TRATAMIENTO



MUCHAS DUDAS.....

SE REALIZO UNA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA
PARA BUSCAR RESPUESTAS....



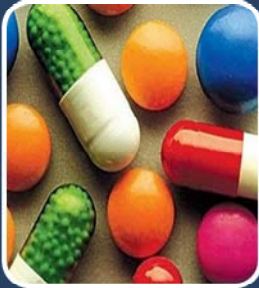
MANEJO DEL DOLOR

- OPIOIDES?
- MORFINA VS MEPERIDINA



NUTRICION ENTERAL VS PARENTERAL

- ENTERAL TEMPRANA VS PARENTERAL



USO DE ANTIBIOTICOS

- USO TEMPRANO DE ATB

MANEJO DEL DOLOR



- ✓ **LOS OPIOIDES SON SEGUROS Y EFICACES PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN LA PANCREATITIS AGUDA**
- ✓ Hay un incremento en el uso de fentanilo, por su seguridad, especialmente en pacientes con alteración de la función renal.



NIH Public Access

Author Manuscript

J Pediatr Gastroenterol Nutr. Author manuscript; available in PMC 2013 April 15.



Published in final edited form as:

J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2012 September ; 55(3): 261–265. doi:10.1097/MPG.0b013e31824f1516.

**DEFINITIONS OF PEDIATRIC PANCREATITIS AND SURVEY OF
CURRENT CLINICAL PRACTICES: REPORT FROM INSPPIRE
(INTERNATIONAL STUDY GROUP OF PEDIATRIC
PANCREATITIS: IN SEARCH FOR A CURE)**

✓ 94% DE LOS ENCUESTADOS INDICO
MORFINA O U OTRO OPIOIDE (no se realizo
diferencia entre morfina vs meperidina)

**EL USO DE OPIOIDES ES SEGURO EN EL MANEJO DEL DOLOR EN LA
PANCREATITIS. NO HAY ESTUDIOS QUE DEMUESTREN QUE LA
MEPERIDINA ES SUPERIOR AL USO DE MORFINA (pediátricos)**

MANEJO DEL DOLOR



- ✓ HISTORICAMENTE: La meperidina se prefiere sobre la morfina
- ✓ Se demostró que la morfina provoca aumento de la presión de esfínter de Oddi.
- ✓ **Sin embargo, no hay estudios clínicos que sugieren que la morfina puede AGRAVAR o causar pancreatitis o colecistitis.**
- ✓ ***La meperidina tiene una vida media corta y dosis repetidas puede conducir a la acumulación del metabolito normeperidina → efectos neuromusculares Y CONVULSIONES.***

Helm JF, Venu RP, Geenen JE, et al. Effects of morphine on the human sphincter of Oddi. Gut 1988; 29:1402.

NUTRICION ENTERAL VS PARENTERAL



LO QUE SE SABE (adultos):

NO EXISTEN TRABAJOS PEDIATRICOS DE NUTRICION ENTERAL VS PARENTERAL

- **PA leve**: Realimentación oral en plazo MAXIMO de 1 semana. Se recomienda iniciar régimen líquido a las 48-72 hrs de evolución (VO o SNG) (1)
- **PA grave**: la mayoría de las guías publicadas recomiendan la nutrición nasoyeyunal dentro de las primeras 48hs de evolución en goteo lento y continuo. (2)

LA NUTRICION PARENTERAL TOTAL NO ESTA RECOMENDADA

1 Marik P, Zaloga G: Meta-analysis of parenteral nutrition versus enteral nutrition in patients with acute pancreatitis. BMJ 2004; 328: 1407-10

2 Petrov MS, Correia MI, Windsor JA. Nasogastric tube feeding in predicted severe acute pancreatitis. A systematic review of the literature to determine safety and tolerance. JOP. 2008; 9:440-8. [PubMed: 18648135]

NUTRICION ENTERAL VS PARENTERAL



LA NUTRICIÓN ENTERAL TEMPRANA:

NO EXISTEN TRABAJOS PEDIATRICOS DE NUTRICION ENTERAL VS PARENTERAL

✓ **REDUCE LAS COMPLICACIONES DE LA PANCREATITIS AGUDA**

✓ **DISMINUYE EL DOLOR**

✓ **REDUCE LOS DÍAS DE INTERNACIÓN**

-Wu XM, Ji KQ, Wang HY, et al. Total enteral nutrition in prevention of pancreatic necrotic infection in severe acute pancreatitis. Pancreas. 2010; 39:248–51. [PubMed: 19910834]

-Petrov MS, Kukosh MV, Emelyanov NV. A randomized controlled trial of enteral versus parenteral feeding in patients with predicted severe acute pancreatitis shows a significant reduction in mortality and in infected pancreatic complications with total enteral nutrition. Dig Surg. 2006; 23:336–45. [PubMed: 17164546]

-Gupta R, Patel K, Calder PC, Yaqoob P, Primrose JN, Johnson CD. A randomised clinical trial to assess the effect of total enteral and total parenteral nutritional support on metabolic, inflammatory and oxidative markers in patients with predicted severe acute

USO DE ANTIBIOTICOS



- Los antibióticos profilácticos no están recomendados.

LA SEPSIS ES LA CAUSA
MAS IMPORTANTE DE
MORTALIDAD.

- El uso de ATB se limita a los pacientes con PA grave con necrosis pancreática o en casos de sospecha o confirmación de infección.

1. Nydegger A, Couper R, Oliver M: Childhood Pancreatitis. *J Gastroenterol Hepatol* 2006; 21: 499-509.
2. Villatoro E, Mulla M, Larvin M et al. Antibiotic therapy for prophylaxis against infection of pancreatic necrosis in acute pancreatitis. *Cochrane database syst Rev* 2006;(4): CDOO2941.
3. E Patchen Dellinger, MD, Jose M Tellado, Early Antibiotic Treatment for Severe Acute Necrotizing Pancreatitis. *Ann Surg.* May 2007; 245(5): 674-683.
4. Michelle M. Pietzak, MD, et al. Pancreatitis in childhood. *Pediatrics in review* vol 21 No 12. Diciembre 2000.



GRACIAS!!

<http://www.pancreasclub.com.ar>