



## 11. PANCREATITIS, LITIASIS BILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN

### PANCREATITIS

#### Pancreatitis aguda

La inflamación aguda del páncreas se suele asociar, en la mayoría de los casos, a enfermedad biliar, en segundo lugar al consumo excesivo de alcohol y menos veces a la toma de medicamentos, hipercalcemia, hipertrigliceridemia, o de naturaleza idiopática.

Las pancreatitis agudas son enfermedades frecuentes y potencialmente mortales. Es primordial reconocer su causa para prevenir su recidiva.

Los enfermos comienzan con dolor agudo epigástrico continuo, intenso y progresivo, con vómitos, distensión abdominal e íleo paralítico. El dolor se alivia, estando sentado y al inclinarse hacia delante. Puede ser leve o estar ausente y la enfermedad se descubre ante un síndrome oclusivo, un estado de choque, una dificultad respiratoria aguda o una complicación tardía (pseudoquiste). El tratamiento es urgente con ingreso hospitalario y manejo multidisciplinario.

La pancreatitis aguda autolimitada de curso benigno y sin complicaciones evoluciona con tratamiento convencional a la curación sin dolor en un plazo de 7-10 días.

Esquemáticamente, las diferencias son claras entre la pancreatitis aguda benigna edematosa, cuya evolución es rápidamente favorable, y la pancreatitis aguda necrótica y hemorrágica, con un riesgo precoz de falla multivisceral que compromete inmediatamente el pronóstico vital y un riesgo secundario de sobreinfección de la necrosis.

El tratamiento inicial incluye la interrupción de la alimentación con un aspirado gástrico cuando hay íleo, corrección de la hipovolemia, mantenimiento de las funciones vitales (que puede requerir oxigenoterapia, ventilación artificial, aminas vasopresoras o hemodiálisis) y un tratamiento del dolor (que suele necesitar opiáceos, cuya contraindicación es sólo teórica).

En caso de pancreatitis aguda grave, están indicadas una antibioticoterapia profiláctica (cefalosporina de tercera generación +/- quinolona) y una alimentación artificial parenteral por un tiempo breve y luego enteral, tan pronto como sea posible (sonda yeyunal).

#### Pancreatitis crónica

La pancreatitis crónica (PC) es una enfermedad poco frecuente, debida principalmente al alcoholismo. Es una enfermedad inflamatoria crónica del páncreas, que conduce a cambios morfológicos irreversibles que provocan dolor y afectan a la función exocrina (disminuye su capacidad para producir jugo gástrico) y endocrina (destrucción de los islotes de Langherhans), manifestándose como diabetes mellitus.

## 11. PANCREATITIS, LITIASIS BILIAR Y SU INFLUENCIA...



Las manifestaciones clínicas más comunes de la PC son: dolor, usualmente epigástrico, pero en ocasiones puede afectar a todo el abdomen, empeora en decúbito supino y mejora en decúbito prono o sentado con el tronco doblado hacia delante. No suele responder a la toma de antiácidos ni IBP y frecuentemente empeora con la ingestión de comida grasa y/o alcohol. Un 15% de los pacientes nunca presentan dolor.

La esteatorrea aparece tardíamente, ya que es necesaria la destrucción de la mayor parte del páncreas para que aparezca, y se caracteriza por la existencia de diarrea con grandes volúmenes de heces con grasa visible. Se debe a la digestión inadecuada de los alimentos, que provoca malabsorción de nutrientes, déficit proteico y a posteriori pérdida de peso.

La diabetes mellitus aparece entre el 10 y el 30% de los pacientes con PC entre los 7 y 15 años de evolución.

Las pacientes con PC pueden complicarse con colestasis, fístulas pancreáticas, ascitis, pseudoquistes (coleciones de líquido pancreático fuera de su localización normal en el conducto), cirrosis hepática y trombosis venosa. Tienen más posibilidades de sufrir un cáncer de páncreas.

El tratamiento se dirige fundamentalmente a tratar el dolor y la esteatorrea, mediante:

- ▶ Dieta: la dieta baja en grasas, que trata de disminuir el estímulo de la secreción pancreática. Se consigue un escaso beneficio y no todos los autores están de acuerdo. La administración de suplementos antioxidantes fue efectiva en aliviar el dolor y la reducción de los niveles de estrés oxidativo.
- ▶ Abstinencia de alcohol: puede modificar la evolución de la enfermedad y disminuir el dolor.
- ▶ Tratamiento analgésico: siempre que sea posible se intentará controlar el dolor con paracetamol, AINES y analgésicos no opioides. Existe un riesgo elevado de adicción a narcóticos en pacientes con PC.
- ▶ Inhibición de la secreción pancreática: se realiza con la administración de enzimas pancreáticas vía oral y con octreótida [análogo sintético de la somatostatina y produce un descenso significativo de la secreción pancreática y de los valores de la CCK].
- ▶ Tratamiento quirúrgico: indicado en una minoría de pacientes con dolor crónico e in-tratable.

### LITIASIS BILIAR

La litiasis biliar se caracteriza por la presencia de cálculos (pequeñas piedras) en las vías biliares. Esta enfermedad, muy frecuente, afecta probablemente al 10% de la población. La litiasis vesicular asintomática no requiere tratamiento.

La manifestación clínica más habitual es el cólico biliar, caracterizado por dolor abdominal continuo y progresivo en el hipocondrio derecho y epigastrio, que se irradia con frecuencia a la espalda. Suele asociarse a náuseas, vómitos que no alivian el dolor, íleo paralítico, palidez, malestar y sudoración.

Las complicaciones más frecuentes son:

- ▶ Coledocolitiasis, que puede provocar ictericia obstructiva, colangitis y pancreatitis. Todas estas situaciones requieren ingreso hospitalario y tratamiento urgente.

## 11. PANCREATITIS, LITIASIS BILIAR Y SU INFLUENCIA...

- ▶ Colecistitis aguda calculosa, que se sospecha cuando el cólico biliar se acompaña de fiebre, escalofríos, mal estado general, pudiendo evolucionar a empiema vesicular con perforación y peritonitis o fístulas colecistoentéricas. Requiere tratamiento de urgencia hospitalario.
- ▶ Colecistitis crónica con fibrosis de la pared vesicular, pudiendo complicarse con episodios agudos o pancreatitis.
- ▶ Otras complicaciones son el síndrome de Mirizzi, las fístulas biliares, el íleo biliar, la pancreatitis aguda y el adenocarcinoma de vesícula.

El tratamiento del cólico biliar se basa en una dieta libre de grasas y el control del dolor con analgésicos. Inicialmente puede utilizarse el ketorolaco, diclofenaco o ibuprofeno hasta que el paciente sea intervenido.

En el caso de precisar fármacos opiáceos, es preferible emplear la meperidina intravenosa frente a la morfina, a pesar de tener mayor vida media, tiene menor efecto sobre el esfínter de Oddi. También es importante la administración de hidratación parenteral y fármacos antieméticos en el caso de presencia de vómitos. La indicación terapéutica definitiva es quirúrgica, mediante colecistectomía.

## Consejo sobre pancreatitis y la conducción

- ▶ Con un episodio de pancreatitis aguda no se puede conducir. El médico informará al paciente de la completa recuperación sin secuelas, que le permita volver a conducir.
- ▶ Tanto la pancreatitis aguda como la crónica por adicción al alcohol impiden la conducción por la influencia negativa del alcohol sobre la conducción, independientemente de los episodios de pancreatitis. Aconsejar sobre el peligro de conducir bebido puede ser una ayuda más contra la dependencia del alcohol.
- ▶ El periodo inicial de la enfermedad con poca sintomatología permite conducir, pero la evolución progresiva de la enfermedad con dolor permanente y desnutrición incapacita la conducción.
- ▶ La medicación con opiáceos tiene efectos secundarios que desaconsejan conducir, aunque mitiguen el dolor.
- ▶ El pseudoquiste condiciona por su tamaño la conducción, pues un golpe o el aumento de la presión en epigastrio en un accidente incrementan el riesgo de complicación del mismo por hemorragia o rotura.
- ▶ El médico informará al paciente portador de pseudoquiste si es conveniente que deje de conducir por su seguridad.

## Consejo sobre litiasis biliar en la conducción

- ▶ El cólico biliar impide conducir. Si no surgen complicaciones, son episodios limitados en el tiempo que ceden con el tratamiento médico, y permiten conducir en cuanto el conductor no presenta síntomas.
- ▶ Hay que advertir de las reacciones adversas de los medicamentos prescritos y que con frecuencia limitan la conducción, para que se exteame la prudencia al volante.
- ▶ Aunque la recuperación de la colecistectomía laparoscópica es por lo general rápida, se recomienda al paciente que no conduzca hasta pasadas dos semanas de la cirugía, con la adecuada cicatrización de las heridas abdominales que permita el ajuste del cinturón de seguridad sin dificultad.

