

Artículo de Revisión

CLASIFICACION DE LA PANCREATITIS AGUDA: — 2012 Revisión de la Clasificación de Atlanta y Definiciones por el Consenso Internacional

Dra. Gina Espada Davezies.

Gastroenteróloga Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés - Sucre.

Dra. Rosa Katerine Yañez Sasamoto.

Residente Gastroenterología Clínica I.G.B.J.

Dr. Boris Arancibia Andrade.

Médico Internista Hospital Santa Bárbara

Dr. Carlos Sauma Zankis

Medico Internista y Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Santa Bárbara

Palabras Claves: Clasificación de Atlanta, Pancreatitis Aguda, Definiciones por el consenso internacional

Key Words: Classification of Atlanta, Acute Pancreatitis, definitions for the international consensus.

RESUMEN

La clasificación de Atlanta de 1992 para pancreatitis aguda activo la normatización de los informes y la investigación en esta patología, intentando una mejor comunicación de conceptos entre los médicos. Sin embargo las deficiencias identificadas y una mejor comprensión reciente de la enfermedad hacen necesaria una revisión y re conceptualización.

Para esto se realizó una consulta basada en la web que se llevó a cabo en 2007 para garantizar una amplia participación de pancreatólogos.

Después de una primera reunión, el Grupo de Trabajo envió un proyecto de documento a 11 asociaciones estudiantiles del páncreas: nacionales e internacionales. El consenso final fue revisado, y solamente las declaraciones basadas en evidencia publicada fueron retenidas.

En 2012 se ha elaborado una nueva clasificación de las PA, que se basa en factores reales de gravedad en lugar de factores predictivos que tienen poca aplicabilidad clínica, clasificando de forma errónea la PA graves en un 30-40%. Así, la nueva clasificación define la gravedad únicamente sobre la base de factores determinantes de la evolución: la necrosis (peri) pancreática y el fallo orgánico (FO).

SUMMARY:

The Atlanta classification of acute pancreatitis enabled standardised reporting of research and aided communication between clinicians.

Deficiencies identified and improved understanding of the disease make a revision necessary.

Methods A web-based consultation was undertaken in 2007 to ensure wide participation of pancreatologists.

After an initial meeting, the Working Group sent a draft document to 11 national and international pancreatic associations. This working draft was forwarded to all members. Revisions were made in response to comments, and the web-based consultation was repeated three times. The final consensus was reviewed, and only statements based on published evidence were retained.

INTRODUCCION:

El Simposio de Atlanta en 1992 intentó ofrecer un consenso "mundial" y una clasificación universalmente aplicable para pancreatitis aguda.

Aunque la clasificación de Atlanta ha sido útil, algunas de las definiciones han demostrado ser confusas. En la actualidad existe una mejor comprensión de la fisiopatología de la insuficiencia orgánica, pancreatitis necrotizante y el resto de las posibles complicaciones, así como diagnóstico por imagen mejorada, han hecho necesaria la revisión de la Clasificación Atlanta.

Esta revisión incluye una evaluación clínica de la gravedad y ofrece condiciones más objetivas para describir las complicaciones locales de la pancreatitis aguda(1)

El objetivo de este informe es presentar la versión actualizada de la revisión de la Clasificación de Atlanta para pancreatitis aguda en adultos (>18años). Esta revisión fue diseñada para incorporar los conceptos modernos de la enfermedad, para abordar áreas de confusión, para mejorar la evaluación clínica de la gravedad, para permitir la presentación estandarizada de datos, para ayudar a la evaluación objetiva de nuevos trata-

mientos, y para facilitar la comunicación entre los médicos tratantes y entre instituciones.

Esta clasificación de consenso define criterios para el diagnóstico de la pancreatitis aguda, que diferencia dos tipos (pancreatitis edematosa intersticial y pancreatitis necrotizante), además clasifica la severidad de la pancreatitis aguda en tres categorías, y define la morfología vista en formación de imágenes de colecciones pancreáticas y peripancreática que surgen como complicaciones de la pancreatitis aguda.

Esta clasificación fue generada por un proceso iterativo, basado en la web de consulta, proceso que fue dirigido por un grupo de trabajo y la incorporación de respuestas de los miembros de 11 sociedades pancreáticas nacionales e internacionales. (1, 2)

Definiciones revisadas y clasificación de la pancreatitis aguda:

Las siguientes definiciones y clasificaciones se proponen:

Definición de diagnóstico de la pancreatitis aguda:

El diagnóstico de la pancreatitis aguda requiere dos de las siguientes tres características: (1) dolor abdominal compatible con una pancreatitis aguda (comienzo agudo, dolor persistente, intenso, epigástrico irradiado a menudo a la parte posterior), (2) suero de actividad de la lipasa (o actividad de la amilasa) en por lo menos tres veces mayor que el límite superior de lo normal, y (3) hallazgos característicos de pancreatitis aguda con la tomografía computarizada con contraste (TAC) y menos frecuente la resonancia magnética (RM) o ultrasonografía trans abdominal .

Si el dolor abdominal sugiere fuertemente que la pancreatitis aguda está presente, pero la amilasa y/o lipasa de actividad es inferior a tres veces el límite superior de lo normal, como puede ser el caso con las presentaciones retrasadas, el estudio de imágenes será necesario para confirmar el diagnóstico.

Si el diagnóstico de pancreatitis aguda se establece por dolor abdominal y el aumento en el suero de la actividad de las

enzimas pancreáticas, generalmente no se requerirá una tomografía contrastada para confirmar el diagnóstico en la sala de emergencia o el ingreso en el hospital.

Definición de inicio de la pancreatitis aguda:

El inicio de la pancreatitis aguda se define como el momento de inicio de dolor abdominal (no el momento del ingreso en el hospital).

El intervalo de tiempo entre la aparición de dolor abdominal y la primera admisión al hospital debe tenerse en cuenta. Cuando los pacientes con enfermedad severa se transfieren a un hospital terciario, los intervalos entre el inicio de los síntomas, la primera admisión y transferencia deben ser notados.

Los datos registrados de un hospital de tercer nivel de atención deben estratificarse para permitir la consideración por separado de los resultados de los pacientes que fueron admitidos directamente y aquellos admitidos por traslado desde otro hospital. (1, 4)

Definición de los tipos de pancreatitis aguda:

La pancreatitis aguda puede subdividirse en dos tipos: pancreatitis edematosa intersticial y pancreatitis necrotizante.

Pancreatitis edematosa intersticial:

La mayoría de los pacientes con pancreatitis aguda tienen un aumento difuso del páncreas debido a edema inflamatorio (u ocasionalmente es localizado). En la TAC contrastada, el parénquima pancreático muestra un realce relativamente homogéneo, y la grasa peripancreática suele mostrar algunos cambios inflamatorios difusos o con mínima variación de la normalidad.

También puede haber algunos fluidos peripancreáticos. (2, 3)

Los síntomas clínicos de la pancreatitis edematosa intersticial generalmente se resuelven dentro de la primera semana.

Pancreatitis Necrotizante:

Sobre el 5-10% de los pacientes desarrollan necrosis del parénquima pancreático, el tejido peripancreático o ambos La

pancreatitis necrotizante se manifiesta más comúnmente tanto en el páncreas y los tejidos peripancreáticos, con menos frecuencia como necrosis sólo peripancreática, y rara vez solo del parénquima pancreático.

El deterioro de la perfusión pancreática y signos de necrosis peripancreática evolucionan durante varios días, (6) lo que explica por qué una TAC temprana puede subestimar el grado final de necrosis pancreática y peripancreática. En los primeros días de la enfermedad, el patrón de la perfusión del parénquima pancreático como se ve en la TAC Contrastada puede ser irregular, con atenuación variable antes de la zona de mejora de deterioro se hace más demarcadas y/o confluentes. Después de la primera semana de la enfermedad, una zona para no aumentar de parénquima pancreático debería se considera que la necrosis pancreática parenquimatosa.

En la necrosis peripancreática, el páncreas se realza normalmente como en una pancreatitis edematosa intersticial, pero el tejido peripancreático desarrolla necrosis. Los pacientes con necrosis peripancreática aumentan las tasas de morbilidad y la intervención, en comparación con los pacientes con pancreatitis edematosa intersticial.

La historia natural de la necrosis pancreática y peripancreática es variable, ya que puede permanecer sólida o líquida, estéril o se infecta, persistir o desaparecer con el tiempo.(5)

Necrosis pancreática infectada:

La necrosis pancreática y peripancreática puede permanecer estéril o infectarse, la mayoría de la evidencia sugiere que no hay una correlación absoluta entre la extensión de la necrosis y el riesgo de infección y la duración de los síntomas. La necrosis infectada es rara durante la primera semana.

El diagnóstico de la necrosis pancreática infectada es importante a causa de la necesidad de tratamiento antibiótico y probablemente intervención. La presencia de la infección se puede presumir cuando hay gas extra luminal en el páncreas y/o tejidos peripancreáticos en el estudio

de Tomografía con contraste o cuando la aspiración con aguja fina(PAAF) guiada por imagen, es positiva para las bacterias y/o hongos en la tinción de Gram y cultivo. Puede haber una cantidad variable de supuración (pus) asociada con la necrosis pancreática infectada, esto tiende a aumentar con el tiempo con la licuefacción. La Clasificación de Atlanta original propone el término "absceso pancreático" para definir una "colección de material purulento localizada, sin material de necrosis significativo" (8)

Debido a que este hallazgo es muy poco común, el término es confuso y no ha sido aprobado ampliamente, el término 'absceso pancreático' no se utiliza en la clasificación actual.

El desarrollo de la infección secundaria en la necrosis pancreática se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad.

Las complicaciones de la pancreatitis aguda:

Definición de insuficiencia orgánica

Tres sistemas de órganos deben ser evaluados para determinar la insuficiencia orgánica: respiratoria, cardiovascular y renal. La falla orgánica se define como una puntuación de 2 o más de uno de estos tres sistemas de órganos con el sistema de puntuación modificado de Marshall. sistema de puntuación Marshall se prefiere al sistema de puntuación SOFA, que es para los pacientes tratados en una unidad de cuidados intensivos y que tiene en cuenta el uso de inotrópicos y apoyo respiratorio. Ambos métodos de puntuación tienen la ventaja de poder ser utilizado en el inicio del cuadro y repetirse diariamente.

También permite la estratificación de la gravedad de la insuficiencia de órganos, aunque que no es parte de la clasificación actual. (7)

Definición de complicaciones locales:

La Clasificación de Atlanta original distingue entre pancreatitis intersticial no complicada y la pancreatitis aguda asociado con "complicaciones locales". Esta distinción (Complicaciones locales estén ausentes o presentes) es útil. La historia natural y las consecuencias clínicas de

las diferentes complicaciones locales en la pancreatitis aguda han sido ahora mejor comprendidas y descritas. Las complicaciones locales son colección líquida peripancreática aguda, pseudoquiste pancreático, colección necrótica aguda y necrosis encapsulada.

Otras complicaciones locales de pancreatitis aguda incluyen la disfunción del vaciamiento gástrico, necrosis esplénica y trombosis de la vena porta y de colon. Las complicaciones locales se deben sospechar cuando hay persistencia o la reaparición del dolor abdominal, aumentos secundarios de la actividad de la enzima pancreática en suero, la disfunción creciente de órganos, y/o el desarrollo de signos clínicos de sepsis, tales como fiebre y leucocitosis. Estos hechos por lo general promueven a solicitar estudios de imágenes para detectar complicaciones locales. Las características morfológicas de pancreatitis aguda están bien delineadas por la alta resolución, multi-detector TAC y forman la base de las nuevas definiciones más objetivas de las complicaciones locales de la pancreatitis aguda.

Las colecciones pancreáticas y peripancreáticas deben describirse sobre la base de su ubicación (páncreas, peripancreática, otros), la naturaleza del contenido (líquido, sólido, gas), y el espesor de cualquier pared (fina y gruesa). El patrón y el grado de deterioro de perfusión parenquimatosa pancreática, si está presente, deberían ser también descritos. La descripción morfológica de complicaciones locales es necesaria para un diagnóstico exacto. Las complicaciones locales por si solas, no definen la severidad de la pancreatitis aguda.

Definición de complicaciones sistémicas:

La exacerbación de estados de comorbilidad, como la enfermedad de la arteria coronaria o la enfermedad pulmonar crónica, precipitada por la pancreatitis aguda se define como una complicación sistémica. (10) En este documento, distinguimos entre falla orgánica persistente (la característica definitoria de la pancreatitis aguda grave) y complicaciones sistémicas, que son una exacerbación

de una enfermedad co-mórbida pre-existente.

Fases de la pancreatitis aguda:

Fase temprana

Durante la primera fase, las alteraciones sistémicas resultante de la respuesta local a la lesión pancreática. Esta primera fase es por lo general hasta el final de la primera semana, pero se puede extender hacia la segunda semana. La cascada de citoquinas es activada por inflamación del páncreas que clínicamente se manifiesta como el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS). Cuando el SIRS es persistente, hay un mayor riesgo de desarrollar falla multiorgánica. El determinante de gravedad de la pancreatitis aguda durante la primera fase es principalmente la presencia y la duración de la insuficiencia de órganos. Esto se describe como "falla orgánica transitoria" si el fallo orgánico se resuelve dentro de 48 horas o como "Falla orgánica persistente" si persiste la insuficiencia de órganos por > 48 horas. Si la falla orgánica afecta a más de un órgano, se denomina falla orgánica múltiple (FOM). (8,9,10).

Aunque las complicaciones locales pueden ser identificadas durante la fase temprana, no son determinantes de severidad, y puede ser poco fiable para determinar el grado de necrosis durante los primeros días de la enfermedad. Además, la extensión de los cambios morfológicos no es directamente proporcional a la gravedad de la falla orgánica. Por lo tanto, la definición de pancreatitis aguda severa o moderadamente severa en la fase temprana depende de la presencia y duración de la falla orgánica.

Fase tardía

La fase tardía se caracteriza por la persistencia de signos de inflamación sistémicos o por la presencia de complicaciones locales, y así por definición, la fase tardía se produce sólo en pacientes con pancreatitis aguda moderadamente grave o grave. Las complicaciones locales evolucionan durante la fase tardía. Es importante distinguir las diferentes características morfológicas de las complicaciones locales por imágenes radiológi-

cas, porque estas complicaciones locales pueden tener implicaciones directas para el manejo. La falla multiorgánica persistente, sin embargo, sigue siendo el principal determinante de la gravedad, por lo que la caracterización de la pancreatitis aguda en la fase tardía requiere criterios clínicos y morfológicos. (2,3)

El SIRS de la primera fase puede ser seguido por un síndrome de respuesta anti-inflamatoria compensatorio, (CARS), que pueden contribuir a un mayor riesgo de infección, sin embargo, estos eventos son complejos y poco comprendidos.

Definición de la gravedad de la pancreatitis aguda:

Hay razones importantes para definir y estratificar la gravedad de la pancreatitis aguda. En primer lugar, en la admisión, es importante identificar a los pacientes con pancreatitis aguda potencialmente grave que requieren un tratamiento temprano y agresivo. En segundo lugar, en una atención de segundo nivel, los médicos deben identificar a estos pacientes para su posible transferencia a la atención especializada. En tercer lugar, para los especialistas que reciben dichas referencias, hay ventajas para estratificar a estos pacientes en subgrupos basados en la presencia de falla orgánica persistente y las complicaciones locales o sistémicas.

Esta clasificación define tres niveles de gravedad: pancreatitis aguda leve, pancreatitis aguda moderadamente grave, y pancreatitis aguda grave. Otra terminología que es importante en esta clasificación incluye: insuficiencia orgánica transitoria, insuficiencia orgánica persistente, y complicaciones locales o sistémicas.

Insuficiencia orgánica transitoria aquella que está presente menos de 48 h. Fallo orgánico persistente se define como la insuficiencia de órganos que persiste durante más de 48 h. Las complicaciones locales incluyen colecciones líquidas peripancreáticas y colecciones necróticas agudas, mientras que las complicaciones sistémicas pueden estar relacionados con las exacerbaciones de comorbilidades.

Pancreatitis aguda leve:

La pancreatitis aguda leve se caracteriza por la ausencia de falla orgánica y de complicaciones locales o sistémicas.

Los pacientes con pancreatitis aguda leve por lo general serán dados de alta durante la primera fase. Los pacientes con pancreatitis aguda leve por lo general, no requieren imágenes de páncreas, y la mortalidad es muy rara.

Pancreatitis aguda moderadamente grave:

La pancreatitis aguda se caracteriza por la presencia de falla orgánica transitoria o complicaciones locales o sistémicas en ausencia de insuficiencia orgánica persistente. Un ejemplo de una complicación local sintomática es una colección peripancreática dando como resultado dolor abdominal prolongado, leucocitosis y fiebre, o que previene de la capacidad para mantener la nutrición por vía oral.

Un ejemplo de una complicación sistémica sintomática es la exacerbación de la enfermedad de la arteria coronaria o enfermedad pulmonar crónica precipitada por la pancreatitis aguda. La pancreatitis aguda moderadamente grave puede resolver sin la intervención (como en la insuficiencia orgánica transitoria acumulada aguda de líquido) o prolongada puede requerir la atención especializada (como en la necrosis estéril extensa sin insuficiencia de órganos).

SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA (SIRS) SIRS—definido por la presencia de 2 o más criterios

- Frecuencia Cardíaca > 90 lat/min
- Temperatura Corporal < 36°C o > 38°C
- Recuento de Glóbulos Blancos <4000 o >12000/mm³
- Frecuencia Respiratoria >20/min o PCO₂ <32 mm Hg

Pancreatitis aguda grave

La pancreatitis aguda grave se caracteriza por falla orgánica persistente. Esta insuficiencia orgánica se desarrolla du-

rante la primera fase y se pone en movimiento por la activación de cascadas de citoquinas resultante en SIRS. Cuando SIRS está presente y persistente, hay un aumento del riesgo de que la pancreatitis se complique por insuficiencia orgánica persistente, y el paciente debe ser tratado como si una pancreatitis aguda grave. La falla orgánica persistente puede ser única o de múltiples órganos.

Los pacientes con insuficiencia orgánica persistente por lo general tienen una o más complicaciones locales. Los pacientes que desarrollan insuficiencia orgánica persistente dentro de los primeros días de la enfermedad están en aumento del riesgo de muerte, con una mortalidad reportada a ser tan grande como 36-50%. El desarrollo de la necrosis infectada entre pacientes con insuficiencia orgánica persistente se asocia con una extremadamente alta mortalidad.

GRADOS DE SEVERIDAD

1. *Pancreatitis Aguda Leve*
 - *No falla orgánica*
 - *No complicaciones sistémicas o locales*
2. *Pancreatitis Aguda moderadamente Grave*
 - *Falla orgánica que se resuelve en menos de 48 hrs (falla orgánica transitoria) y/o*
 - *Complicaciones locales o sistémicas, sin persistencia de falla orgánica*
3. *Pancreatitis Aguda Grave*
 - *Falla orgánica persistente (Mayor a 48 horas.)*
– *Falla orgánica única o múltiple*

Evolución de la gravedad de la pancreatitis aguda:

En la admisión, la pancreatitis leve se identifica por la ausencia de insuficiencia de órganos. Cuando la falla orgánica está presente dentro de las primeras 24 hrs. (y el fallo de órganos se produce durante la primera semana de la pancreatitis aguda suele estar presente en la admisión al hospital), puede ser difícil determinar el grado final de la gravedad, porque no se

sabe si el paciente tendrá fracaso orgánico transitorio o persistente, el paciente no tiene pancreatitis leve y debe ser clasificado y tratado inicialmente como pancreatitis aguda grave. Si el fallo orgánico se resuelve dentro de 48 horas (lo que indica sólo fallo órgano transitorio), el paciente debe ser clasificado como pancreatitis aguda moderadamente grave. Si el paciente desarrolla insuficiencia orgánica persistente, debe ser clasificado como pancreatitis aguda severa.

Durante la fase temprana, la gravedad de la pancreatitis puede ser reevaluada a diario, mientras que la pancreatitis sigue evolucionando. Puntos convenientes de tiempo para volver a evaluar son de 24h, 48h y 7 días después de la admisión al hospital.

Si bien las complicaciones locales pueden ser identificadas durante la primera fase, no es generalmente necesario para documentar las complicaciones locales por imagen durante la primera semana. Las razones para esto son como sigue: En primer lugar, la presencia y el grado de necrosis pancreática y peripancreática no puede definirse claramente en las imágenes durante los primeros días de enfermedad. Cuando sea necesario, una TAC es más fiable 5-7 días después de la admisión en el establecimiento para valorar la presencia y la extensión de la necrosis pancreática. En segundo lugar, la medida de cambios morfológicos y necrosis no es directamente proporcional a la gravedad de la falla orgánica. En tercer lugar, incluso si la formación de imágenes durante la primera semana identifica la presencia de colecciones líquidas peripancreática o necrosis pancreática, en general no se requiere el tratamiento de estas condiciones en ese momento.

En la fase tardía de la pancreatitis aguda moderadamente grave o grave, las complicaciones locales evolucionan más completamente, aunque algunos pacientes con insuficiencia orgánica persistente pueden recuperarse sin complicaciones locales. La presencia de infección dentro de las áreas de necrosis es un marcador de mayor riesgo de muerte. La necrosis infectada sin insuficiencia orgánica persistente, sin embargo, tiene una tasa de

mortalidad menor frente a la necrosis infectada con insuficiencia orgánica persistente.

Una revisión sistemática encontró 11 muertes (11%) en 93 pacientes con necrosis infectada sin insuficiencia orgánica y lleva a la sugerencia de una clasificación de cuatro niveles de severidad.⁽²⁾ Otro análisis de dos grandes empresas nacionales de Netherlands muestra cinco muertes (6%) en 84 pacientes con necrosis infectada sin insuficiencia orgánica. Es importante distinguir las características morfológicas diferentes de las complicaciones locales, debido a que estas complicaciones locales pueden requerir una variedad de intervenciones para evitar un fatal resultado.

Los pacientes con pancreatitis aguda moderadamente grave a grave se pueden describir más precisamente y estratificar con el fin de estudios clínicos por el número la naturaleza y el número de características morfológicas y clínicas. Los descriptores son las complicaciones locales (ausente, estéril o infectada), la insuficiencia orgánica persistente (única o múltiple). El uso de estos términos ayudará a la comunicación clara y se centrará la atención hacia los problemas que requieren un manejo específico en cada caso.

Definición de colecciones pancreáticas y peripancreática:

En esta clasificación, se hace una distinción importante entre las colecciones que están compuestas solo de líquido frente a las que surgen de necrosis y contienen un componente sólido (y que también puede contener cantidades variables de fluido). A continuación, se definen los términos siguientes: colección líquida aguda peripancreática que ocurren en la pancreatitis edematosa intersticial; pseudoquistes pancreáticos como complicación tardía (generalmente > 4 semanas) de la pancreatitis edematosa intersticial y necrosis, que puede ser una colección necrótica aguda (ANC, en la primera fase y antes de la demarcación) o la definición de la necrosis en la pared, que está rodeada por una cápsula radiológicamente identificable (que rara vez

se desarrolla antes de 4 semanas desde la aparición de la pancreatitis).

Colección Líquida Aguda

Peripancreática:

La acumulación de líquido generalmente se desarrolla en la fase temprana de la pancreatitis.

En la TAC Contrastada, no tienen una pared bien definida, son homogéneas, se limitan por planos fasciales normales en el retroperitoneo, y pueden ser múltiples. La mayoría de las colecciones líquidas agudas permanecen estériles y generalmente se resuelven espontáneamente sin intervención.

Cuando una Colección Líquida Aguda peripancreática localizada persiste más allá de 4 semanas, es probable que se convierta en un pseudoquiste pancreático, aunque es raro. Las Colecciones Líquidas Agudas peripancreáticas que resuelven o permanecen asintomáticas no requieren tratamiento y no constituyen por sí mismas una pancreatitis aguda grave.

Pseudoquiste pancreático:

El término de pseudoquiste pancreático se refiere específicamente a una acumulación de líquido en los tejidos peripancreáticos (ocasionalmente puede ser parcial o totalmente intrapancreática). (8) El pseudoquiste pancreático está rodeado por una pared bien definida y esencialmente no contiene material sólido. El diagnóstico puede hacerse por lo general en estos criterios morfológicos. Si la aspiración del contenido del quiste se realiza, normalmente hay una actividad de la amilasa aumentada notablemente.

El pseudoquiste pancreático se cree que deriva de la interrupción del conducto pancreático principal o de sus ramas intra-pancreáticas sin necrosis pancreática reconocible; esta teoría sugiere que la fuga consiguiente de jugo pancreático resulta en una colección persistente, líquido localizado; generalmente después de más de 4 semanas. Cuando es evidente material necrótico sólido en gran parte dentro de una cavidad llena de fluido, el término pseudoquiste no debe ser utilizado. El desarrollo de un pseudoquiste pancreático es extremadamente

raro en la pancreatitis aguda, y por lo tanto el término pseudoquiste pancreático en el ámbito de la pancreatitis aguda puede caer en desuso. En esta clasificación, el pseudoquiste no resulta de una Colección necrótica aguda. Aunque la TAC Contrastada es la modalidad más comúnmente utilizada para describir pseudoquiste, la Resonancia Magnética o la ecografía pueden ser necesarias para confirmar la ausencia de contenido sólido en la colección.

Un pseudoquiste también pueden surgir en el contexto de lapancreatitis aguda necrotizante como resultado de un "síndrome de conducto desconectado", mediante el cual el parénquima con necrosis del cuello o cuerpo de la glándula pancreática distal aísla todavía un remanente viable.

El pseudoquiste puede ser evidente durante muchas semanas después de una necrosectomía debido a una fuga localizada del "conducto desconectado" en la cavidad de la necrosectomía.

Colección agudanecrotizante:

Durante las primeras 4 semanas, una colección que contiene cantidades variables de líquido o tejido necrótico se denomina Colección aguda necrotizante, para distinguirla de una Colección Líquida Aguda Peripancreática. La necrosis puede comprometer el parénquima pancreático y/o los tejidos peripancreáticos. En la TAC Contrastada la pancreatitis aguda o las colecciones necróticas peripancreáticas contienen cantidades variables de material necrótico sólido y fluido, pueden ser múltiples, y pueden aparecer localizados. (9) Una Colección Aguda Necrotizante (CAN) no es una colección líquida peripancreática, porque una CAN surge de la pancreatitis necrotizante (Necrosis del parénquima pancreático y/o tejidos peripancreáticos) y contiene tejido necrótico. Una CAN puede estar asociada con la interrupción del conducto pancreático principal en la zona de necrosis parenquimatosas y se pueden infectar.

Imágenes secuenciales pueden ser útiles para caracterizar colecciones agudas.

Dentro de la primera semana de la enfer-

medad, puede ser difícil para diferenciar una colección líquida aguda peripancreática (CLAP) de una CAN. En esta etapa, ambos tipos de colecciones pueden aparecer como zonas con densidad líquida.

Después de la primera semana, la distinción entre estos dos tipos importantes de colecciones se vuelve clara, de manera que en esta etapa de necrosis, una colección peripancreática asociada con necrosis pancreática del parénquima puede ser correctamente llamada CAN y no una CLAP. La resonancia magnética, ecografía transcutánea la ecografía endoscópica pueden ser útiles para confirmar la presencia de contenido sólido de la colección.

Necrosis Encapsulada (NE):

La NE consiste en tejido necrótico contenido dentro de una pared de tejido reactivo. Es una colección madura, encapsulada de necrosis pancreática y/o peripancreática y tiene una pared inflamatoria bien definida, por lo general la maduración se produce ≥ 4 semanas después de la aparición de pancreatitis necrotizante. (6,10) previas nomenclaturas habían designado a esta entidad como necrosis pancreática organizada, necroma, secuestro de páncreas, pseudoquiste asociado con necrosis, y necrosis pancreática subaguda.

La NE deriva de parénquima pancreático necrótico y/o tejidos necróticos peripancreáticos y puede estar infectado, puede ser múltiple, y pueden estar presentes en sitios distantes del páncreas.

La TAC Contrastada no puede distinguir fácilmente contenido líquido de sólido, y por esta razón, la necrosis pancreática y peripancreática puede ser diagnosticada erróneamente como un pseudoquiste pancreático. Para este propósito, la resonancia magnética, la ecografía transabdominal o ultrasonografía endoscópica pueden ser necesarios para esta distinción. La demostración de la presencia o ausencia de comunicación pancreática ductal no es necesaria en esta clasificación, aunque la determinación de comu-

nicación ductal tiene una importancia potencial, porque puede afectar el manejo.(6)

Necrosis infectada:

El diagnóstico de la infección (necrosis infectada) de una CAN o de NE se puede sospechar por el curso clínico del paciente o por la presencia de gas dentro de la colección visto en la TAC.

Este gas extraluminal está presente en las áreas de necrosis y puede o no formar un nivel de gas / líquido en función de la cantidad de contenido líquido presente en dicha etapa de la enfermedad.

En caso de duda, la aspiración con aguja fina se puede realizar, pero algunas series han demostrado que la gran mayoría de los los pacientes pueden ser manejados sin dicha punción, especialmente si el drenaje percutáneo es parte de la conducta a seguir.(10)

CONCLUSIÓN:

Esta clasificación revisa y actualiza las definiciones de la Clasificación de Atlanta para pancreatitis aguda. Una importante característica es el reconocimiento de que la pancreatitis aguda es un proceso evolutivo, de condición dinámica y que la gravedad puede cambiar durante el curso de la enfermedad. Al principio de la enfermedad, el SIRS o la falla orgánica puede indicar una enfermedad potencialmente grave. Si el paciente mejora rápidamente durante la primera fase sin insuficiencia orgánica y sin complicaciones locales o sistémicas, la enfermedad es definida como la pancreatitis aguda leve. Si el paciente desarrolla complicaciones locales o sistémicas y no tiene

fallo orgánico persistente, la enfermedad se define como la pancreatitis aguda moderadamente grave. Si el paciente desarrolla una insuficiencia orgánica persistente, la enfermedad es definida como pancreatitis aguda grave y se asocia con muy alta morbilidad y mortalidad.

La descripción exacta de las complicaciones locales, incluyendo la presencia de líquido o necrosis pancreática o peripancreática, el tiempo curso de la progresión, y la presencia o ausencia de infección, mejorará la estratificación de los pacientes, tanto para la atención clínica en centros especializados y de divulgación de la investigación clínica.

Existen algunos estudios que sin embargo proponen la clasificación de la Pancreatitis aguda en 4 tomando un cuadro: leve, moderado, severo y crítico; tomando en cuenta los mismos parámetros descrito.

La Pancreatitis aguda sigue siendo una enfermedad controversial en cuanto a su clasificación, pronóstico, pero se espera que con el empleo de esta nueva clasificación se logre unificar criterios y conductas.

BIBLIOGRAFIA

1. PETER A BANKS, THOMAS L BOLLEN, CHRISHRISTOS DERVENIS, et al. Classification of acute pancreatitis: -2012 revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus Published online October 25, 2012
2. Intractable & Rare Diseases Research. 2012; 1(3):134-137. The classification of acute pancreatitis: Current status Liang Mao, Yudong Qiu*Department of He-

patobiliary Surgery, the Affiliated Drum Tower Hospital of Nanjing University Medical School, Nanjing, Jiangsu, China.

3. SARR MG, BANKS PA, BOLLEN en TL, et al. Revision of the Atlanta classification of acute pancreatitis. Acute Pancreatitis Classification Workgroup, April 2008.
4. PETROV MS, VEGE SS, WINDSOR JA. Global survey of controversies in classifying the severity of acute pancreatitis. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2012; 24:715-721.
5. Recommendation for intensive care management of acute pancreatitis autores/ miembros del grupo de trabajo -grupo CC – recomendaciones Papg 2012. GTEI-Semicyuc.
6. SHEU Y, FURLAN A, ALMUSA O, et al. The revised Atlanta classification for acute pancreatitis: a CT imaging guide for radiologists. Emerg Radiol 2012;19:37-43.
7. HARRISON S, KAKADE de M, VARADARAJULA S, et al. Characteristics and outcomes of patients undergoing debridement of pancreatic necrosis. J Gastrointest Surg 2010;14:245-51.
8. VEGE SS, GARDNER TB, CHARI ST, et al. Low mortality and high morbidity in severe acute pancreatitis without organ failure: a case for revising the Atlanta classification to include "moderately severe acute pancreatitis". Am J Gastroenterol 2009;104:710-15.
9. Petrov MS, Windsor JA. Classification of the severity of acute pancreatitis: how many categories make sense? Am J Gastroenterol 2010;105:74-6.
10. McKAY CJ, IMRIE CW. The continuing challenge of early mortality in acute pancreatitis. Br J Surg 2004;91:1243-4.