Pancreatitis

Autor:
Data de publicació: 13-06-2022

Ir a la navegaciónIr a la búsqueda

Pancreatitis

El páncreas y los órganos circundantes

Especialidad
Gastroenterología, cirugía general

Síntomas
Dolor en la parte superior del abdomen, náuseas, vómitos, fiebre, heces grasas[1]

Complicaciones
Infección, sangrado, diabetes mellitus[1]

Duración
Corto o largo plazo[1]

Causas
Cálculos biliares, consumo excesivo de alcohol, trauma directo, ciertos medicamentos, paperas[1]

Factores de riesgo
Fumar[2][3]

Método de diagnóstico
Según los síntomas, amilasa o lipasa en sangre[4][1]

Tratamiento
Líquidos intravenosos, analgésicos, antibióticos[1]

Frecuencia
8,9 millones (2015)[5]

Muertes
132.700 (2015)[6]

La pancreatitis es una afección caracterizada por la inflamación del páncreas. [1] El páncreas es un órgano grande detrás del estómago que produce enzimas digestivas y una serie de hormonas. [1] Hay dos tipos principales: pancreatitis aguda y pancreatitis crónica. [1] Los signos y síntomas de la pancreatitis incluyen dolor en la parte superior del abdomen, náuseas y vómitos. [1] El dolor a menudo va a la espalda y generalmente es severo. [1] En la pancreatitis aguda, puede aparecer fiebre y los síntomas generalmente se resuelven en unos pocos días. [1] En la pancreatitis crónica, puede causar heces grasas y diarrea. [1][4] Las complicaciones pueden incluir infección, sangrado, diabetes mellitus o problemas con otros órganos. [1]

Las dos causas más comunes de pancreatitis aguda son un cálculo biliar que bloquea el conducto biliar común después de que el conducto pancreático se ha unido; y el consumo excesivo de alcohol. [1] Otras causas incluyen traumatismos directos, ciertos medicamentos, infecciones como paperas y tumores. [1] La pancreatitis crónica puede desarrollarse como resultado de la pancreatitis aguda. [1] Es más comúnmente debido a muchos años de consumo excesivo de alcohol. [1] Otras causas incluyen niveles altos de grasas en la sangre, calcio en la sangre alto, algunos medicamentos y ciertos trastornos genéticos, como la fibrosis quística, entre otros. [1] Fumar aumenta el riesgo de pancreatitis aguda y crónica. [2][3] El diagnóstico de pancreatitis aguda se basa en un aumento de tres veces en la sangre de amilasa o lipasa. [1] En la pancreatitis crónica, estas pruebas pueden ser normales. [1] Las imágenes médicas, como la ecografía y la tomografía computarizada, también pueden ser útiles. [1]

La pancreatitis aguda generalmente se trata con líquidos intravenosos, analgésicos y, a veces, antibióticos. [1] Por lo general, no se permite comer ni beber, y se coloca una sonda nasogástrica en el estómago. [1] Se puede realizar un procedimiento conocido como colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para examinar el conducto biliar común distal y extirpar un cálculo biliar si está presente. [1] En las personas con cálculos biliares, a menudo también se extirpa la vesícula biliar. [1] En la pancreatitis crónica, además de lo anterior, se puede usar la alimentación temporal a través de una sonda nasogástrica para proporcionar una nutrición adecuada. [1] Es posible que se requieran cambios dietéticos a largo plazo y reemplazo de enzimas pancreáticas. [1] Y ocasionalmente se realiza una cirugía para extirpar partes del páncreas. [1]

A nivel mundial, en 2015 se produjeron alrededor de 8,9 millones de casos de pancreatitis. [5] Esto resultó en 132,700 muertes, frente a las 83,000 muertes en 1990. [6][7] La pancreatitis aguda ocurre en aproximadamente 30 por cada 100 000 personas al año. [2] Los nuevos casos de pancreatitis crónica se desarrollan en aproximadamente 8 por cada 100 000 personas al año y actualmente afectan a aproximadamente 50 por cada 100 000 personas en los Estados Unidos. [8] Es más común en hombres que en mujeres. [1] A menudo, la pancreatitis crónica comienza entre los 30 y los 40 años, mientras que es poco frecuente en los niños. [1] La pancreatitis aguda se describió por primera vez en la autopsia en 1882, mientras que la pancreatitis crónica se describió por primera vez en 1946. [8]

Contenido

Signos y síntomas
Los síntomas más comunes de la pancreatitis son dolor intenso en el abdomen superior o en el cuadrante superior izquierdo que se irradia a la espalda, náuseas y vómitos que empeoran al comer. El examen físico variará dependiendo de la gravedad y la presencia de hemorragia interna. La presión arterial puede estar elevada por el dolor o disminuida por deshidratación o sangrado. Las frecuencias cardíacas y respiratorias a menudo están elevadas. El abdomen suele ser sensible, pero en menor grado que el dolor en sí. Como es común en la enfermedad abdominal, los sonidos intestinales pueden reducirse por la parálisis intestinal refleja. Fiebre o ictericia pueden estar presentes. La pancreatitis crónica puede provocar diabetes o cáncer de páncreas. La pérdida de peso inexplicable puede ocurrir por la falta de enzimas pancreáticas que dificultan la digestión.

Complicaciones
Las complicaciones tempranas incluyen shock, infección, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, niveles bajos de calcio en la sangre, niveles altos de glucosa en la sangre y deshidratación. La pérdida de sangre, la deshidratación y la fuga de líquido en la cavidad abdominal (ascitis) pueden provocar insuficiencia renal. Las complicaciones respiratorias a menudo son graves. El derrame pleural suele estar presente. La respiración superficial por el dolor puede conducir al colapso pulmonar. Las enzimas pancreáticas pueden atacar los pulmones, causando inflamación. La inflamación severa puede conducir a hipertensión intraabdominal y síndrome compartimental abdominal, lo que afecta aún más la función renal y respiratoria y potencialmente requiere manejo con un abdomen abierto para aliviar la presión. [9]

Las complicaciones tardías incluyen pancreatitis recurrente y el desarrollo de pseudoquistes pancreáticos, colecciones de secreciones pancreáticas que han sido amuralladas por tejido cicatricial. Estos pueden causar dolor, infectarse, romperse y sangrar, bloquear el conducto biliar y causar ictericia, o migrar alrededor del abdomen. La pancreatitis necrotizante aguda puede conducir a un absceso pancreático, una acumulación de pus causada por necrosis, licuefacción e infección. Esto sucede en aproximadamente el 3% de los casos o casi el 60% de los casos que involucran más de dos pseudoquistes y gas en el páncreas. [10]

Causas
El ochenta por ciento de los casos de pancreatitis son causados por alcohol o cálculos biliares. Los cálculos biliares son la causa más común de pancreatitis aguda. [11] El alcohol es la causa más común de pancreatitis crónica. [12][13][14][15][16] Los niveles de triglicéridos superiores a 1000 mg/dL (11,29 mmol/L) son otra causa. [17]

Medicamentos
Hay siete clases de medicamentos asociados con la pancreatitis aguda: estatinas, inhibidores de la ECA, anticonceptivos orales / terapia de reemplazo hormonal (TRH), diuréticos, terapia antirretroviral, ácido valproico y agentes hipoglucemiantes orales. Los mecanismos de estos medicamentos que causan pancreatitis no se conocen con exactitud, pero es posible que las estatinas tengan un efecto tóxico directo en el páncreas o a través de la acumulación a largo plazo de metabolitos tóxicos. Mientras tanto, los inhibidores de la ECA causan angioedema del páncreas a través de la acumulación de bradiquinina. Las píldoras anticonceptivas y la TRH causan trombosis arterial del páncreas a través de la acumulación de grasa (hipertrigliceridemia). Los diuréticos como la furosemida tienen un efecto tóxico directo en el páncreas. Mientras tanto, los diuréticos tiazídicos causan hipertrigliceridemia e hipercalcemia, donde esta última es el factor de riesgo para los cálculos pancreáticos.

La infección por VIH en sí misma puede hacer que una persona sea más propensa a contraer pancreatitis. Mientras tanto, los medicamentos antirretrovirales pueden causar trastornos metabólicos como hiperglucemia e hipercolesterolemia, que predispone a la pancreatitis. El ácido valproico puede tener un efecto tóxico directo sobre el páncreas. [18] Existen varios agentes hipoglucemiantes orales que contribuyen a la pancreatitis, incluida la metformina. Pero, el péptido-1 similar al glucagón (GLP-1) se asocia más fuertemente con la pancreatitis al promover la inflamación. [19]

Los antipsicóticos atípicos como la clozapina, la risperidona y la olanzapina también pueden causar pancreatitis. [20]

Infección
Se han reconocido varios agentes infecciosos como causas de pancreatitis, entre ellos:[21][22][23]

Virus

Virus Coxsackie
Citomegalovirus
Hepatitis B
Virus del herpes simple
Paperas
Virus de la varicela-zóster

Gérmenes

Legionella
Leptospira

Mycoplasma
Salmonella

Hongos

Aspergillus

Parásitos

Áscaris
Criptosporidio
Toxoplasma

Otro
Otras causas comunes incluyen traumatismos, enfermedades autoinmunes, niveles altos de calcio en la sangre, hipotermia y colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). El páncreas divisum es una malformación congénita común del páncreas que puede ser la base de algunos casos recurrentes. La diabetes mellitus tipo 2 se asocia con un riesgo 2,8 veces mayor. [24]

Las causas menos comunes incluyen cáncer de páncreas, cálculos en los conductos pancreáticos,[25] vasculitis (inflamación de los pequeños vasos sanguíneos del páncreas) y porfiria, en particular la porfiria intermitente aguda y la protoporfiria eritropoyética.

Hay una forma hereditaria que resulta en la activación del tripsinógeno dentro del páncreas, lo que lleva a la autodigestión. Los genes involucrados pueden incluir tripsina 1, que codifica para tripsinógeno, SPINK1, que codifica para un inhibidor de tripsina, o regulador de conductancia transmembrana de fibrosis quística. [26]

El GETSMASHED mnemotécnico se usa a menudo para recordar las causas comunes de la pancreatitis: G-cálculos biliares, E-etanol, T-trauma, S-esteroides, M-paperas, A-pancreatitis autoinmune, S-picadura de escorpión, H-hiperlipidemia, hipotermia, hiperparatiroidismo, E-colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, D-medicamentos (comúnmente azatioprina, ácido valproico, liraglutida). [27]

Diagnóstico

Pancreatitis exudativa aguda en la tomografía computarizada

Cálculos del conducto pancreático calcificado con algo de líquido intraabdominal libre

El diagnóstico diferencial para la pancreatitis incluye, entre otros, colecistitis, coledocolitiasis, úlcera péptica

perforada, infarto intestinal, obstrucción del intestino delgado, hepatitis e isquemia mesentérica. [28]

El diagnóstico requiere 2 de los 3 criterios siguientes:

Inicio agudo característico de dolor epigástrico o abdominal vago que puede irradiarse a la espalda (ver signos y síntomas arriba)
Los niveles séricos de amilasa o lipasa ? 3 veces el límite superior de lo normal
Un estudio de imagen con cambios característicos. La tomografía computarizada, la resonancia magnética, la ecografía abdominal o la ecografía endoscópica se pueden utilizar para el diagnóstico.

La amilasa y la lipasa son 2 enzimas producidas por el páncreas. Las elevaciones en la lipasa generalmente se consideran un mejor indicador de pancreatitis, ya que tiene una mayor especificidad y tiene una vida media más larga. [29] Sin embargo, ambas enzimas pueden estar elevadas en otros estados de enfermedad. En la pancreatitis crónica, la prueba de elastasa-1 pancreática fecal (FPE-1) es un marcador de la función pancreática exocrina. Las pruebas adicionales que pueden ser útiles para evaluar la pancreatitis crónica incluyen hemoglobina A1C, inmunoglobulina G4, factor reumatoide y anticuerpos antinucleares. [30]

Para las imágenes, el ultrasonido abdominal es conveniente, simple, no invasivo y económico. [31] Es más sensible y específico para la pancreatitis por cálculos biliares que otras modalidades de diagnóstico por imágenes. [29] Sin embargo, en 25-35 % de los pacientes, la vista del páncreas puede estar obstruida por gases intestinales, lo que dificulta la evaluación. [28]

Por lo general, se realiza una tomografía computarizada con contraste más de 48 horas después del inicio del dolor para evaluar la necrosis pancreática y el líquido extrapancreático, así como para predecir la gravedad de la enfermedad. La tomografía computarizada antes puede ser falsamente tranquilizadora.

La CPRE o una ecografía endoscópica también se pueden usar si se sospecha una causa biliar de pancreatitis.

Tratamiento
El tratamiento de la pancreatitis es de apoyo y depende de la gravedad. La morfina generalmente es adecuada para el control del dolor. No hay estudios clínicos que sugieran que la morfina pueda agravar o causar pancreatitis o colecistitis. [32]

El tratamiento para la pancreatitis aguda dependerá de si el diagnóstico es para la forma leve de la afección, que no causa complicaciones, o la forma grave, que puede causar complicaciones graves.

Pancreatitis aguda leve
El tratamiento de la pancreatitis aguda leve se lleva a cabo con éxito mediante el ingreso en una sala de hospital general. Tradicionalmente, a las personas no se les permitía comer hasta que se resolviera la inflamación, pero la evidencia más reciente sugiere que la alimentación temprana es segura y mejora los resultados, y puede resultar en la capacidad de salir del hospital antes. [33]

Debido a la inflamación que ocurre en la pancreatitis, las citoquinas proinflamatorias secretadas en el torrente sanguíneo pueden causar inflamación en todo el cuerpo, incluidos los pulmones y pueden manifestarse como SDRA. Debido a que la pancreatitis puede causar lesión pulmonar y afectar la función pulmonar normal, ocasionalmente se administra oxígeno suplementario a través de tubos de respiración que se conectan a través de la nariz (por ejemplo, cánulas nasales) o a través de una máscara. Los tubos se pueden quitar después de unos días una vez que esté claro que la condición está mejorando.

La deshidratación puede resultar durante un episodio de pancreatitis aguda, por lo que se proporcionarán líquidos por vía intravenosa.

Los opioides se pueden usar para el dolor. Cuando la pancreatitis se debe a cálculos biliares, la extirpación temprana de la vesícula biliar también parece mejorar los resultados. [34]

Pancreatitis aguda grave
La pancreatitis grave puede causar insuficiencia orgánica, necrosis, necrosis infectada, pseudoquiste y absceso. Si se diagnostica pancreatitis aguda grave, las personas deberán ingresar en una unidad de alta dependencia o en una unidad de cuidados intensivos. Es probable que los niveles de líquidos dentro del cuerpo hayan disminuido

significativamente, ya que desvía los fluidos corporales y los nutrientes en un intento de reparar el páncreas. La caída en los niveles de líquidos puede conducir a una reducción en el volumen de sangre dentro del cuerpo, lo que se conoce como shock hipovolémico. El shock hipovolémico puede ser potencialmente mortal, ya que puede privar muy rápidamente al cuerpo de la sangre rica en oxígeno que necesita para sobrevivir. Para evitar entrar en shock hipovolémico, se administrarán líquidos por vía intravenosa. El oxígeno se suministrará a través de tubos conectados a la nariz y se puede usar equipo de ventilación para ayudar con la respiración. Se pueden usar tubos de alimentación para proporcionar nutrientes, combinados con analgesia adecuada.

Al igual que con la pancreatitis aguda leve, será necesario tratar la causa subyacente: cálculos biliares, interrupción de los medicamentos, cese del alcohol, etc. Si la causa son cálculos biliares, es probable que se recomiende un procedimiento de CPRE o la extirpación de la vesícula biliar. La vesícula biliar debe extirparse durante el mismo ingreso hospitalario o dentro de las dos semanas posteriores al inicio de la pancreatitis para limitar el riesgo de pancreatitis recurrente.

Si la causa de la pancreatitis es el alcohol, el cese del consumo de alcohol y el tratamiento para la dependencia del alcohol pueden mejorar la pancreatitis. Incluso si la causa subyacente no está relacionada con el consumo de alcohol, los médicos recomiendan evitarlo durante al menos seis meses, ya que esto puede causar más daño al páncreas durante el proceso de recuperación. [35]

La ingesta oral, especialmente las grasas, generalmente se restringe inicialmente, pero se ha demostrado que la alimentación enteral temprana dentro de las 48 horas mejora los resultados clínicos. [36] Los líquidos y electrolitos se reemplazan por vía intravenosa. El apoyo nutricional se inicia a través de la alimentación por sonda para superar la porción del tracto digestivo más afectada por las enzimas pancreáticas secretadas si no hay mejoría en las primeras 72-96 horas de tratamiento. [37]

Pronóstico
La pancreatitis aguda grave tiene tasas de mortalidad de alrededor del 2-9%, más altas donde se ha producido necrosis del páncreas. [38]

Se utilizan varios sistemas de puntuación para predecir la gravedad de un ataque de pancreatitis. Cada uno de ellos combina datos demográficos y de laboratorio para estimar la gravedad o la probabilidad de muerte. Los ejemplos incluyen APACHE II, Ranson, BISAP y Glasgow. Los criterios de Glasgow modificados sugieren que un caso se considere grave si se cumplen al menos tres de los siguientes criterios:[39]

Edad > 55 años
Niveles sanguíneos:

< de oxígeno PO2 60 mmHg o 7,9 kPa
Glóbulos blancos > 15.000/?litre
Calcio < 2 mmol/litro
Nitrógeno ureico en sangre > 16 mmol/litro
Lactato deshidrogenasa (LDH) > 600iu/litro
Aspartato transaminasa (AST) > 200iu/litro
Albúmina < 32g/litro
Glucosa > 10 mmol/litro

Esto se puede recordar usando el PÁNCREAS mnemotécnico:

< de oxígeno PO2 60 mmHg o 7,9 kPa
Edad > 55 años
Neutrofilia glóbulos blancos > 15.000/?litro
Calcio < 2 mmol/litro
Función renal (BUN) > 16 mmol/litro
Enzimas lactato deshidrogenasa (LDH) > 600iu/litro de aspartato transaminasa (AST) > 200iu/litro
Albúmina < 32g/litro
Azúcar glucosa > 10 mmol/litro

La puntuación BISAP (nivel denitrógeno ureico b lood >25 mg/dl (8,9 mmol/L), estado mental impaired, síndrome de respuesta inflamatoria sestémica, age más de 60 años, derrame pleural) ha sido validada como similar a otros sistemas de puntuación pronóstica. [40]

Epidemiología

A nivel mundial, la incidencia de pancreatitis aguda es de 5 a 35 casos por cada 100.000 personas. La incidencia de pancreatitis crónica es de 4-8 por 100.000 con una prevalencia de 26-42 casos por 100.000. [41] En 2013, la pancreatitis causó 123 000 muertes, frente a las 83 000 muertes de 1990. [7]

Sociedad y cultura

Economía

En los adultos en el Reino Unido, el promedio estimado de los costos totales directos e indirectos de la pancreatitis crónica es de aproximadamente £ 79,000 por persona sobre una base anual. [42] La pancreatitis aguda recurrente y la pancreatitis crónica ocurren con poca frecuencia en los niños, pero se asocian con altos costos de atención médica debido a la carga sustancial de la enfermedad. [43] A nivel mundial, el costo total promedio estimado del tratamiento para los niños con estas afecciones es de aproximadamente $40 500/persona/año. [43]

Otros animales

Los alimentos grasos pueden causar pancreatitis canina en perros. [44]

Ver también

Insuficiencia pancreática exocrina

Referencias

^ Jump up to:un b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y z aa ab ac ad æ "Pancreatitis". niddk.nih.gov. 16 de agosto de 2012. Archivado desde el original el 7 de marzo de 2015. Consultado el 1 de marzo de 2015.

^ Jump up to:un b c Lankisch PG, Apte M, Banks PA (julio de 2015). "Pancreatitis aguda". Lanceta. 386 (9988): 85–96. doi:10.1016/S0140-6736(14)60649-8. PMID 25616312. 25600369 S2CID.

^ Jump up to:un b ? Yadav D, Lowenfels AB (junio de 2013). "La epidemiología de la pancreatitis y el cáncer de páncreas". Gastroenterología. 144 (6): 1252–61. doi:10.1053/j.gastro.2013.01.068. pmc 3662544. PMID 23622135.

^ Jump up to:un b Witt H, Apte MV, Keim V, Wilson JS (abril de 2007). "Pancreatitis crónica: desafíos y avances en patogénesis, genética, diagnóstico y terapia". Gastroenterología. 132 (4): 1557–73. doi:10.1053/j.gastro.2007.03.001. PMID 17466744.

^ Jump up to:un b Vos, Theo; et al. (octubre de 2016). "Incidencia, prevalencia y años de vida con discapacidad a nivel mundial, regional y nacional para 310 enfermedades y lesiones, 1990-2015: un análisis sistemático para el Estudio de la Carga Global de Morbilidad 2015". Lanceta. 388 (10053): 1545–1602. doi:10.1016/S0140-6736(16)31678-6. pmc 5055577. PMID 27733282.

^ Jump up to:un b Wang, Haidong; et al. (octubre de 2016). "Esperanza de vida global, regional y nacional, mortalidad por todas las causas y mortalidad por causas específicas para 249 causas de muerte, 1980-2015: un análisis sistemático para el Estudio de la Carga Global de Morbilidad 2015". Lanceta. 388 (10053): 1459–1544. doi:10.1016/s0140-6736(16)31012-1. PMC 5388903. PMID 27733281.

^ Jump up to:un b GBD 2013 Mortalidad Causas de Muerte Colaboradores (Enero 2015). "Mortalidad global, regional y nacional por todas las causas y causas específicas por edad y sexo para 240 causas de muerte, 1990-2013: un análisis sistemático para el Estudio de la Carga Global de Enfermedad 2013". Lanceta. 385 (9963): págs. 117–71. doi:10.1016/S0140-6736(14)61682-2. PMC 4340604. PMID 25530442. {{cite journal}}: |author1= tiene nombre genérico (ayuda)

^ Jump up to:un b Muniraj T, Aslanian HR, Farrell J, Jamidar PA (diciembre de 2014). "Pancreatitis crónica, una revisión y actualización exhaustiva. Parte I: epidemiología, etiología, factores de riesgo, genética, fisiopatología y características clínicas". Enfermedad al mes. 60 (12): 530–50. doi:10.1016/j.disamonth.2014.11.002. PMID 25510320.

^ Fitzgerald JE, Gupta S, Masterson S, Sigurdsson HH (abril de 2013). "Manejo de la laparostomía utilizando el sistema de terapia de presión negativa ABThera™ open abdomen en un abdomen abierto de grado IV secundario a pancreatitis aguda". Revista Internacional de Heridas. 10 (2): 138–44. doi:10.1111/j.1742-481X.2012.00953.x. PMC 7950789. PMID 22487377. 2459785 S2CID.

^ Absceso pancreático en eMedicine

^ NIDDK (julio de 2008). "Pancreatitis".. Centro Nacional de Intercambio de Información sobre Enfermedades Digestivas. Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales de los Estados Unidos. 08–1596. Archivado desde el original el 2007-01-07. Consultado el 05-01-2007.

^ "Pancreatitis".. A.D.A.M., Inc. Archivado desde el original el 2012-12-30. Consultado el 05-01-2013.
^ Apte MV, Pirola RC, Wilson JS (junio de 2009). "Páncreas: pancreatitis alcohólica, es el alcohol, estúpido". Reseñas de la naturaleza. Gastroenterología y Hepatología. 6 (6): 321–2. doi:10.1038/nrgastro.2009.84. PMID 19494819. 6580794 S2CID. Resumen laico – Medscape Today. {{cite journal}}: Cite utiliza el parámetro obsoleto |lay-url= (ayuda)
^ Yadav D, Hawes RH, Brand RE, Anderson MA, Money ME, Banks PA, et al. (junio de 2009). "Consumo de alcohol, tabaquismo y riesgo de pancreatitis aguda y crónica recurrente". Archivos de Medicina Interna. 169 (11): 1035–45. doi:10.1001/archinternmed.2009.125. Expediente PMC 6785300. PMID 19506173.
^ "Pancreatitis explicada". Mejor Canal de Salud. Gobierno del Estado de Victoria. 2011. Archivado desde el original el 2010-05-13.
^ Johnson CD, Hosking S (noviembre de 1991). "Estadísticas nacionales de dieta, consumo de alcohol y pancreatitis crónica en Inglaterra y Gales, 1960-88". Intestino. 32 (11): 1401–5. doi:10.1136/gut.32.11.1401. PMC 1379177. PMID 1752477.
^ Rawla P, Sunkara T, Thandra KC, Gaduputi V (diciembre de 2018). "Pancreatitis inducida por hipertrigliceridemia: revisión actualizada del tratamiento actual y las estrategias preventivas". Revista Clínica de Gastroenterología. 11 (6): 441–448. doi:10.1007/s12328-018-0881-1. PMID 29923163. S2CID 49311482.
^ ? Kaurich T (enero de 2008). "Pancreatitis aguda inducida por fármacos". Procedimientos. 21 (1): 77–81. doi:10.1080/08998280.2008.11928366. PMC 2190558. PMID 18209761.
^ Jones MR, Hall OM, Kaye AM, Kaye AD (2015). "Pancreatitis aguda inducida por fármacos: una revisión". El diario Ochsner. 15 (1): 45–51. PMC 4365846. PMID 25829880.
^ Koller EA, Cross JT, Doraiswamy PM, Malozowski SN (septiembre de 2003). "Pancreatitis asociada con antipsicóticos atípicos: del sistema de vigilancia MedWatch de la Administración de Alimentos y Medicamentos e informes publicados". Farmacoterapia. 23 (9): 1123–30. doi:10.1592/phco.23.10.1123.32759. PMID 14524644. 39945446 S2CID. Archivado desde el original el 2011-02-08.
^ Rawla P, Bandaru SS, Vellipuram AR (junio de 2017). "Revisión de la etiología infecciosa de la pancreatitis aguda". Investigación en Gastroenterología. 10 (3): 153–158. doi:10.14740/gr858w. PMC 5505279. PMID 28725301.
^ Parenti DM, Steinberg W, Kang P (noviembre de 1996). "Causas infecciosas de la pancreatitis aguda". Páncreas. 13 (4): 356–71. doi:10.1097/00006676-199611000-00005. PMID 8899796.
^ Economou M, Zissis M (2000). "Casos infecciosos de pancreatitis aguda" (PDF). Anales de Gastroenterología. 13 (2): 98–101. Archivado desde el original el 2017-08-09. Consultado el 22 de noviembre de 2017.
^ Noel RA, Braun DK, Patterson RE, Bloomgren GL (mayo de 2009). "Aumento del riesgo de pancreatitis aguda y enfermedad biliar observado en pacientes con diabetes tipo 2: un estudio de cohorte retrospectivo". Cuidado de la diabetes. 32 (5): 834–8. doi:10.2337/dc08-1755. PMC 2671118. PMID 19208917. Archivado desde el original el 2012-06-10.
^ Macaluso JN (agosto de 1997). "Comentario editorial".. J. Urol. 158 (2): 522. doi:10.1016/S0022-5347(01)64525-7. en Matthews K, Correa RJ, Gibbons RP, Weissman RM, Kozarek RA (agosto de 1997). "Litotricia extracorpórea por ondas de choque para obstruir cálculos del conducto pancreático". Revista de Urología. 158 (2): 522–5. doi:10.1016/s0022-5347(01)64524-5. PMID 9224338.
^ Whitcomb D (2006). "Pruebas genéticas para la pancreatitis".. Archivado desde el original el 2017-10-16.
^ "Causas de la pancreatitis (mnemotécnica)". Radiopaedia.org. Consultado el 26 de junio de 2021.
^ Jump up to:un b "Manifestaciones clínicas y diagnóstico de pancreatitis aguda". www.uptodate.com. Archivado desde el original el 2015-12-08. Consultado el 08-12-2015.
^ Jump up to:un b Manual del hospitalista (4ª edición). Departamento de Medicina de la Universidad de California, San Francisco. 2012. pp. 224-25.
^ Greenberger NJ, Wu B, Conwell D, Banks P (eds.). "Pancreatitis crónica". Gastroenterología, hepatología y endoscopia. Diagnóstico y tratamiento médico actual. pág. 301.
^ Tierney LW, McPhee SJ (16-02-2005). Medicina. McGraw-Hill. ISBN 978-0071444415.
^ Helm JF, Venu RP, Geenen JE, Hogan WJ, Dodds WJ, Toouli J, Arndorfer RC (octubre de 1988). "Efectos de la morfina en el esfínter humano de Oddi". Intestino. 29 (10): 1402–7. doi:10.1136/gut.29.10.1402. PMC 1434014. PMID 3197985.
^ Vaughn VM, Shuster D, Rogers MA, Mann J, Conte ML, Saint S, Chopra V (junio de 2017). "Early versus Delayed Feeding in Patients With Acute Pancreatitis: A Systematic Review". Anales de Medicina Interna. 166 (12): 883–892. doi:10.7326/M16-2533. PMID 28505667. 2025443 S2CID.
^ Moody N, Adiamah A, Yanni F, Gomez D (octubre de 2019). "Meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados de colecistectomía temprana versus tardía para la pancreatitis leve por cálculos biliares". El British Journal of Surgery. 106 (11): 1442–1451. doi:10.1002/bjs.11221. PMID 31268184. 195787962 S2CID.
^ Balentine JR, Stöppler MC. "Síntomas y signos de diferencias de pancreatitis aguda y crónica". E Medicina Salud.
^ Li JY, Yu T, Chen GC, Yuan YH, Zhong W, Zhao LN, Chen QK (6 de junio de 2013). "La nutrición enteral dentro de las 48 horas posteriores al ingreso mejora los resultados clínicos de la pancreatitis aguda al reducir las complicaciones: un metanálisis". PLOS UNO. 8 (6): e64926. Bibcode:2013PLoSO...

864926L. doi:10.1371/journal.pone.0064926. Expediente PMC 3675100. PMID 23762266.
^ Muddana V, Whitcomb DC, Papachristou GI (agosto de 2009). "Manejo actual y nuevos conocimientos en la pancreatitis aguda". Revisión experta de gastroenterología y hepatología. 3 (4): 435–44. doi:10.1586/egh.09.27. PMID 19673630. 207210094 S2CID.
^ ? Muñoz A, Katerndahl DA (julio de 2000). "Diagnóstico y manejo de la pancreatitis aguda". Médico de familia estadounidense. 62 (1): 164–74. PMID 10905786. Archivado desde el original el 2012-10-08.
^ Corfield AP, Cooper MJ, Williamson RC, Mayer AD, McMahon MJ, Dickson AP, et al. (agosto de 1985). "Predicción de la gravedad en la pancreatitis aguda: comparación prospectiva de tres índices pronósticos". Lanceta. 2 (8452): 403–7. doi:10.1016/S0140-6736(85)92733-3. PMID 2863441. 46327341 S2CID.
^ Papachristou GI, Muddana V, Yadav D, O'Connell M, Sanders MK, Slivka A, Whitcomb DC (febrero de 2010). "Comparación de las puntuaciones de BISAP, Ranson, APACHE-II y CTSI en la predicción de insuficiencia orgánica, complicaciones y mortalidad en la pancreatitis aguda". El American Journal of Gastroenterology. 105 (2): 435–41, prueba 442. doi:10.1038/ajg.2009.622. PMID 19861954. 41655611 S2CID.
^ Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J (2015). "Capítulo 370 Abordaje al paciente con enfermedad pancreática". Harrison's Principles of Internal Medicine (19ª edición). ISBN 978-0071802161.
^ Hall TC, Garcea G, Webb MA, Al-Leswas D, Metcalfe MS, Dennison AR (junio de 2014). "El impacto socioeconómico de la pancreatitis crónica: una revisión sistemática". Revista de Evaluación en la Práctica Clínica. 20 (3): 203–7. doi:10.1111/jep.12117. PMID 24661411.
^ Jump up to:un b Ting J, Wilson L, Schwarzenberg SJ, Himes R, Barth B, Bellin MD, et al. (marzo de 2016). "Costos directos de la pancreatitis aguda recurrente y crónica en niños en el Registro inSPPIRE". Revista de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. 62 (3): 443–9. doi:10.1097/MPG.0000000000001057. PMC 4767646. PMID 26704866.
^ ? Calderone J (30 de julio de 2016). "8 alimentos tóxicos para perros". Consumer Reports. Archivado desde el original el 11 de febrero de 2017.

Enlaces externos

Clasificación

D

CIE-10: K85, K86.0–K86.1
CIE-9-CM: 577.0–577.1
OMIM: 167800
MeSH: D010195
EnfermedadesDB: 24092

Recursos externos

MedlinePlus: 001144
eMedicina: emerg/354
GeneReviews: Pancreatitis

Wikimedia Commons alberga una categoría multimedia sobre Pancreatitis.

Pancreatitis en Curlie
Entrada de GeneReviews/NCBI/NIH/UW sobre la pancreatitis hereditaria relacionada con PRSS1
"Pancreatitis".. MedlinePlus. Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.

mostrar

v
t
e

Enfermedades del sistema digestivo

mostrar

v
t
e

Alcohol y salud

Control de autoridad: Bibliotecas nacionales

Francia (datos)

Alemania
Israel
Estados Unidos
Letonia
Japón
República Checa