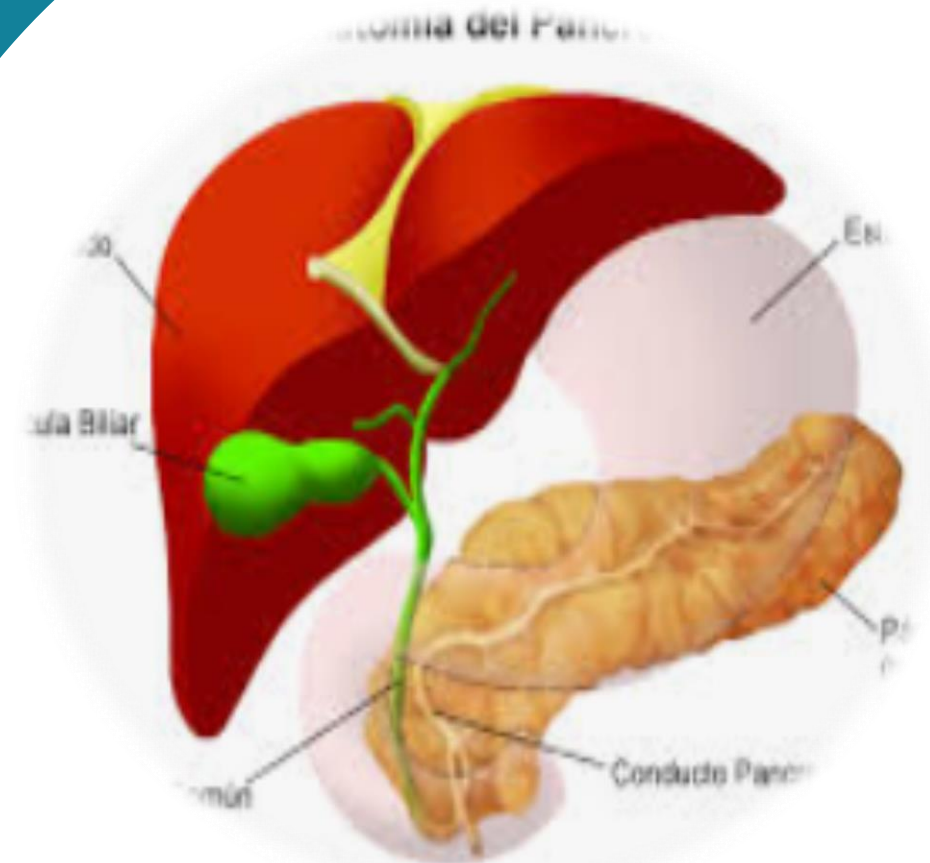




**Escuela Osteopatía
de Madrid** *Internacional*

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DUODENO- PÁNCREAS 1

Autor: François Ricard, D.O PhD



ETIOLOGÍA INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA



LITIASIS VESICULAR. ABUSO DE ALCOHOL, TABACO, EXCESO DE FIBRA NO DIGERIBLE, EMBUDO NUTRICIONAL (REPETIR ALIMENTOS EN EXCESO)

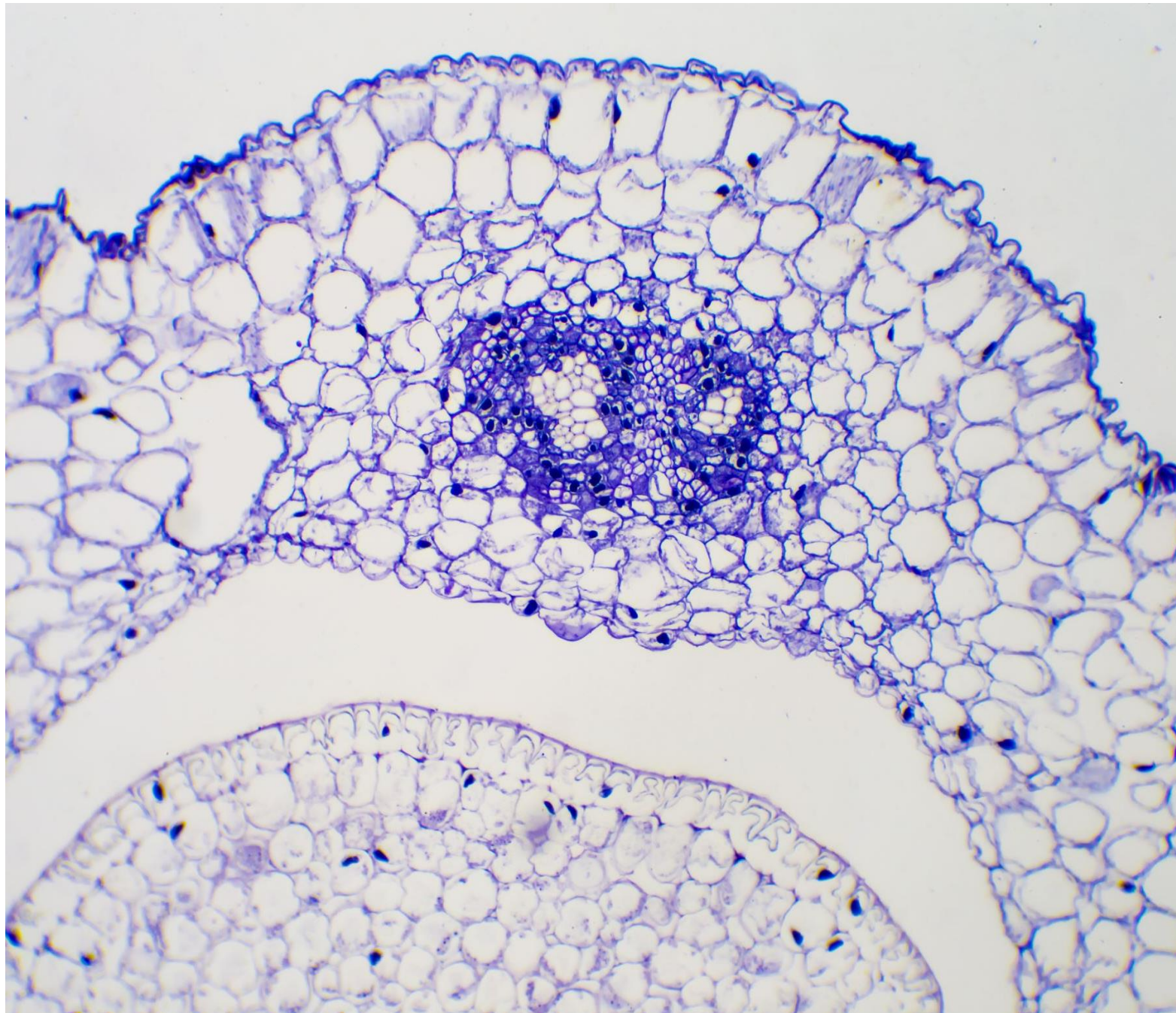


SOBREENTRENAMIENTO/ TOXINAS AMBIENTALES.



ANTINUTRIENTES (LECTINAS, SAPONINAS...)





PANCREATITIS AGUDA

ETIOLOGÍA

TÓXICAS Y METABÓLICAS: ALCOHOL, HIPERTRIGLICERIDEMIA, FÁRMACOS, HIPERCALCEMIA.

MECÁNICAS: LITIASIS O BARRO BILIAR, OBSTRUCCIONES DE ODDI, PAPILA O PÁNCREAS, DISFUNCIÓN DEL ESFÍNTER DE ODDI, PÁNCREAS DIVISUM, TRAUMATISMOS Y MALFORMACIONES CONGÉNITAS.

OTRAS CAUSAS: ISQUEMIA, INFECCIÓN, HEREDITARIAS, FIBROSIS QUÍSTICA, TRAS CPRE, AUTOINMUNES

LITIASIS BILIAR

Causa de pancreatitis aguda más frecuente en nuestro medio.

Sólo el 3-7% de pacientes con litiasis tienen PA.

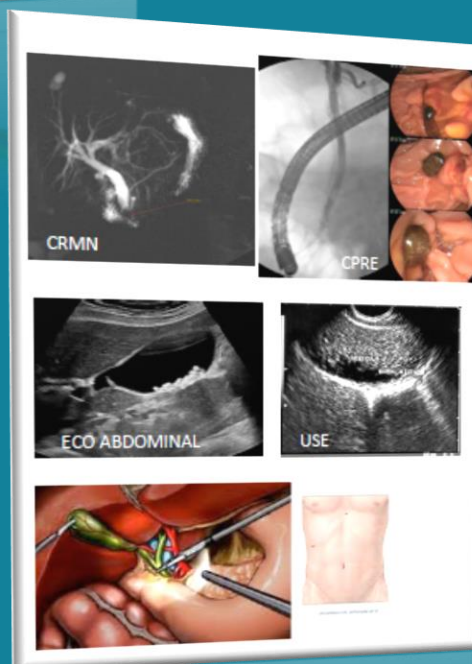
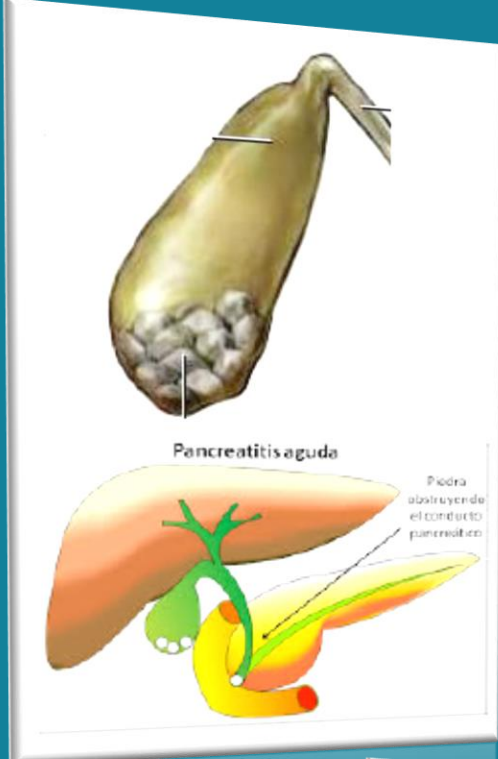
Más frecuente en mujeres, pero el riesgo de PA biliar es mayor en varones.

La incidencia aumenta con la edad, el sexo femenino, embarazo, sobrepeso, pérdida brusca de peso, nutrición parenteral, consumo de fármacos como la ceftriaxona o el ocreótico, ciertas enfermedades (hipertrigliceridemia, cirrosis, anemias hemolíticas, resección ileal).

MECANISMO: Obstrucción del flujo pancreático a la salida del wirsung. Hay una relación inversa entre el tamaño de la litiasis y el riesgo de pancreatitis

LITIASIS BILIAR

- **SOSPECHAR** origen litásico si **GPT (ALT) >150 UI/L** en las **primeras 48 horas** de la evolución de la enfermedad
- **DIAGNOSTICO:** Presencia de la litiasis(microlitiasis/barro/colesterosis): de elección la **ecografia abdominal convencional**
- Si la ecografia es negativa: **Ecoendoscopia** (muchas PA idiopáticas son en realidad litiásicas)
- **Colestasis: Bilirrubina directa y Fosfatasas alcalinas.**
- **TRATAMIENTO:** Colecistectomía laparoscópica.



PARECE QUE LA PECTINA, ADEMÁS DE IMPEDIR LA DISEMINACIÓN DE CÉLULAS TUMORALES , ES CAPAZ DE MEJORAR LE FUNCIÓN EXOCRINA PANCREÁTICA. L TRIGO HACE LOS CONTRARIO SOBRE EL PÁNCREAS.

fuentes de pectina son la [guayaba](#), el [plátano](#), la [pera](#), el [durazno](#) y en las [zanahorias](#)² LA GOMA GUAR Y LA PECTINA REGENERAN INTESTINO(MÁS LA GOMA GUAR).

[J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2004 Feb;38\(2\):224-6.](#)

Vegetarian diet alters the assessment of exocrine pancreatic function with the use of fecal tests.

[Walkowiak J](#)¹, [Songin A](#), [Przyslawski J](#), [Wadolowska L](#), [Mozer-Lisewska I](#), [Szczapa T](#), [Ksiazek J](#), [Krawczynski M](#), [Herzig KH](#).

Author information

1 Institute of Pediatrics, Karol Marcinkowski University of Medical Sciences, Poznan, Poland. jarwalk@am.poznan.pl

Comment in

Vegetarian diet and exocrine pancreatic function using fecal tests. [J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2004]

PMID: 14734890 DOI: [10.1097/00005176-200402000-00024](https://doi.org/10.1097/00005176-200402000-00024)

PANCREATITIS AGUDA:

ETIOLOGÍA→ALCOHOL→ 1/3 de las PA. Más frecuente en **varones**. No en bebedores ocasionales. Se necesita en general **5 años de consumo** elevado de alcohol(>50g/día o más de 5 bebidas diarias). Lo normal es tras 10-20 años de consumo). *Solo 10% de los alcohólicos crónicos sufre una PA.*

Pico de incidencia: **cuarta década de la vida**

Evolución a PC: Episodios recurrentes pueden llevar a Pancreatitis Crónica aunque **solo ocurre en una minoría de los pacientes**

Patogenia: desconocida : Hipótesis: Formación de tapones proteicos +Toxicidad celular directa+ Relajación del E. De Oddi y reflujo biliar

Relación alcohol y tabaco: alcohol + tabaco > solo alcohol > solo tabaco. Importancia de **abstinencia de alcohol y tabaco**. EVITA PROGRESION A PC

ANALÍTICA QUE ORIENTA A PANCREATITIS DE ORIGEN ALCOHÓLICO:

GOT (AST) >150 UI/L, elevación aislada de GGT,VCM, ferritina y transferrina bajas.
Esteatosis hepática

PANCREATITIS AGUDA



DE INICIO SÚBITO , PROGRESIVO Y CONSTANTE E INTENSIDAD MODERADA A SEVERA.



SINTOMAS: Posición antálgica en Z. Los signos pueden ser relativamente poco uniformes en enfermedad seria.

El aspecto de signos de decoloración alrededor del ombligo o en los flancos (proceso hemorrágico interno) implicaría una situación grave.

¿ QUÉ CLÍNICA VAMOS A ENCONTRAR?

DOLOR EN EPIMESOGASTRIO, TRANFIXIVO A HIPOCONDRIOS Y COLUMNA E INCLUSO A FOSAS ILÍACAS Y RENALES SIMULANDO CÓLICO NEFRÍTICO.

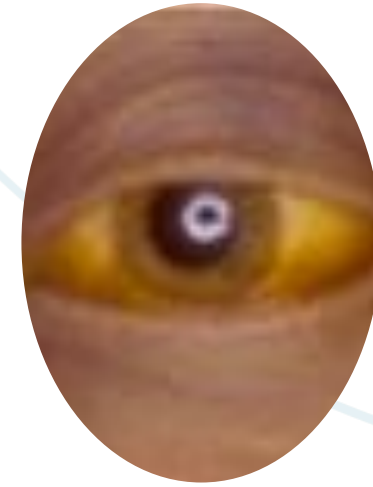
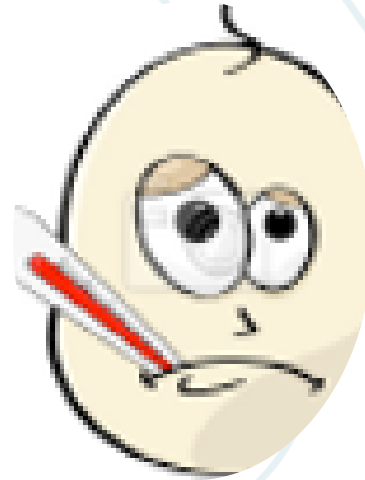
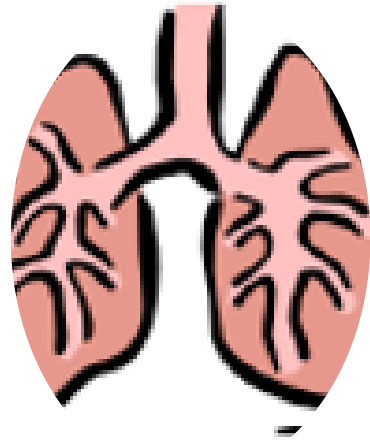


DIATENSIÓN ABDOMINAL CON FRECUENTE PARÁLISIS INTESTINAL



POSICIÓN ANTÁLGICA EN ANTEFLEXIÓN. NÁUSEAS Y VÓMITOS BILIOSOS O HEMÁTICOS EN 80-90% DE PACIENTES

CLÍNICA:



- **TAQUIPNEA** REFLEJA POR EL DOLOR Y **DISNEA** (SI DERRAME PLEURAL O DISTRESS RESPIRATORIO. EDEMAS.
- **SUBICTERICIA CONJUNTIVAL O ICTERICIA FRANCA.** CON EDEMA POR COMPRESIÓN DE LA CABEZA DEL PÁNCREAS SOBRE LA VÍA BILIAR(BAJA LA BILIRRUBINA TOTAL)
- **ALTERACIONES NEUROLÓGICAS** (DELIRIUM TREMENS Y ENCEFALOPATÍA PANCREÁTICA).
- **FIEBRE** EN UN 25% DE LOS CASOS.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

**DOLOR EN HEMIABDOMEN
SUPERIOR**



HEPATOMEGALIA.



AUSENCIA DE PERITONISMO.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

**AUSCULTACIÓN:
DISMINUCIÓN DEL
MURMULLO VESICULAR POR
ATELECTASIAS, ESTERTORES
BASALES, HIPOVENTILACIÓN
BASAL(DERRAME PLEURAL?),
DISTRESS RESPIRATORIO POR
EDEMA PULMONAR.**

**HIPOTENSIÓN,
DESHIDRATACIÓN,
TAQUICARDIA.**

SUGIEREN GRAVEDAD:



- SIGNO DE GREY –TURNER.
- SIGNO DE CULLEN.
- RETINOPATÍA DE PURTSCHER.

TRASTORNOS METABOLICOS

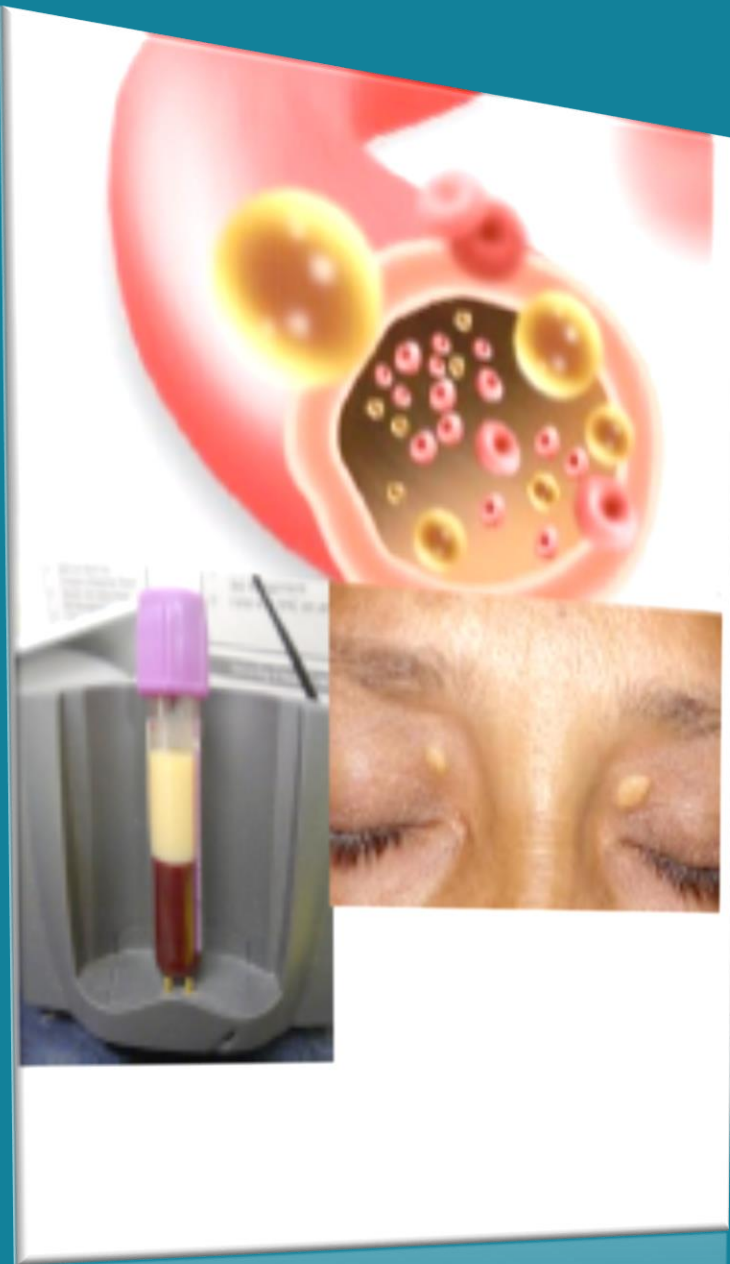
La hipertrigliceridemia > de 500 mg/dl, pero sobre todo a partir de 1.000 mg/dl puede producir una PA.

SOSPECHA: suero aspecto lipémico (lechoso), el enfermo muestra xantomas en piel e hígado graso

Niveles de amilasa serica se hallan en el rango normal(determinar amilasuria y lipasa para el diagnóstico).

Causas: Hipertrigliceridemia familiar (primaria) o secundaria al consumo de alcohol, sobrepeso, Diabetes mellitus, hipotiroidismo o embarazo.

Hipercalcemia: se ha relacionado con episodios de pancreatitis en casos de **hiperparatiroidismo**, pero no se ha comprobado la misma relación con hipercalcemias de otra etiología. **Raras:** <5% de las PA



ANALÍTICAS PANCREATITIS AGUDA:

- INCREMENTO HEMATOCRITO POR LA DESHIDRATACIÓN.
- PCR ELEVADA(SUPERIOR A 15 MG/DL).
- LEUCOCITOSIS.
- ALTERACIONES EN EL INR (COAGULACIÓN) POR OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA BILIAR QUE GENERA DÉFICIT DE VITAMINA K O POR COAGULOPATÍA POR CONSUMO EN CASO DE SEPSIS (SI SE INFECTAN LAS COLECCIONES PANCREATÍCAS).

ANALÍTICAS PANCREATITIS AGUDA: LIPASA

- LA PRUEBA EXCLUSIVA DEL PÁNCREAS ES LA LIPASA. ES MÁS ESPECÍFICA Y TAN SENSIBLE COMO LA AMILASA.
- SU ELEVACIÓN SE PRODUCE EN LAS 24 HORAS DESDE LA PANCREATITIS Y SE MANTIENEN ELEVADA MÁS TIEMPO QUE LA AMILASA.
- VALORES DE NORMALIDAD: 12-70 U/L

ANALÍTICAS PANCREATITIS AGUDA: AMILASA.

- AL EXISTIR AMILASA PANCREÁTICA Y SALIVAR NO ES ESPECÍFICA PUESTO QUE LA ANALÍTICA NO DISCRIMINA.
- SU AUMENTO SE PRODUCE EN LAS PRIMERAS 24 H Y DESDIENDE A LAS 72H , SI PERSISTE ESTO INDICA NECROSIS O COLECCIONES PANCREÁTICAS.
- VALORES NORMALES : 0-137 U/L.

- ☐ **Aumento de urea y creatinina:** criterio de gravedad
- ☐ **Hipocalcemia y elevación de la lactatodeshidrogenasa (LDH):** también son marcadores de gravedad pues se elevan cuando hay necrosis.
- ☐ **Elevación moderada del perfil hepático:**
 GPT>GOT: Indica origen biliar
 FA y BT (sobre todo BD): Indica colestasis
 GOT>GPT: Indica origen etílico (junto a GGT)
- ☐ **Acidosis metabólica o respiratoria:** criterio de mal pronóstico
- ☐ **Disminución de la sat O₂<90%** indica insuficiencia respiratoria (mal pronóstico)

AMILASA (VN 0-137 U/L):

- Aumenta en las primeras 24 horas, se mantiene de 1 a 3 días y luego desciende (a partir del 3er día la sensibilidad disminuye al 30%).
- No tiene valor pronóstico ni se relaciona con la gravedad pero su persistencia en sangre indica complicaciones como la necrosis o formación de colecciones.
- Tipos: isoamilasa pancreática o salivar (la detección analítica es global y no las discrimina)

LIPASA (VN 12-70 U/L):

- Aumenta en las primeras 24 horas, se mantiene elevada durante más tiempo que la amilasa
- Tiene sensibilidad similar a la amilasa (se eleva en las mismas circunstancias que la isoamilasa pancreática) pero es más específica (es exclusiva del páncreas).

ANALÍTICAS PANCREATITIS AGUDA:

¿ QUÉ HEMOS DE PEDIR ADEMÁS?

PERFIL HEPÁTICO, CALCIO, POTASIO,
SODIO, PERFIL RENAL: UREA Y
CREATININA.



¿ QUÉ SUGIERE EL PERFIL HEPÁTICO?

SI $ALT > AST \rightarrow$ ORIGEN BILIAR.

INCREMENTO DE FOSFATASAS
ALCALINAS Y BILIRRUBINA
DIRECTA : COLESTASIS.

$AST > ALT$, + ELEVACIÓN DE GGT ;
ENOLISMO.

ANALÍTICAS PANCREATITIS ALCOHÓLICA.

REPRESENTA EL 33% DE LAS PANCREATITIS AGUDAS ,
NORMALMENTE TRAS 10-20 AÑOS DE UN CONSUMO DE ALCOHOL SUPERIOR A 50GR/DÍA.

MÁS FRECUENTE A PARTIR DE LOS 40 AÑOS.

AST >150 UI/L CON INCREMENTOS DE GGT ,
VCM , FERRITINA Y TRANSFERRINA.

El alcohol se puede medir en gramos, y de hecho es la forma más precisa de cuantificarlo en el cuerpo o en una bebida.

◆ ¿Cómo se usa esta medida?

- En medicina o toxicología, se habla de **gramos de alcohol por litro de sangre (g/L)** o **gramos por kilogramo de peso corporal**.
- En bebidas, se usa para indicar **cuánto alcohol puro contiene una cantidad determinada** (por ejemplo, una cerveza o un vaso de vino).

◆ Ejemplo práctico:

Un “consumo estándar” de alcohol suele tener entre **10 y 14 gramos de alcohol puro**, dependiendo del país.

Esa cantidad —**10 a 14 gramos de alcohol puro**— no se refiere a lo que se recomienda al día, sino a lo que se considera **una unidad o "consumo estándar"** de alcohol.

◆ Es decir:

Un **consumo estándar** = la cantidad de alcohol puro que suele contener **una bebida común**, como:

- 1 copa de vino (100–150 ml)
- 1 caña o lata de cerveza (330 ml)
- 1 chupito de licor fuerte (30–40 ml)

🔍 Entonces, ¿cuánto se recomienda al día?

Depende del país y de las guías sanitarias, pero en general:

- **Hombres:** hasta 2 consumos estándar/día ($\approx$ 20–28 g)
- **Mujeres:** hasta 1 consumo estándar/día ($\approx$ 10–14 g)

ANALÍTICAS HIPERTRIGLICERIDEMIA.

ENCONTRAMOS PANCREATITIS POR HIPERTRIGLICERIDEMIA CIFRAS SUPERIORES A 500 MG/DL DE TRIGLICÉRIDOS SIN EMBARGO ES MÁS FRECUENTE TENER PANCREATITIS CUANDO ESTA CIFRA SUPERA LOS 1000 MG/DL.

SIGNOS : HÍGADO GRASO Y XANTOMAS CUTÁNEOS.

AMILASURIA Y LIPASA (LA AMILASA SÉRICA SUELE SER NORMAL).TRASTORNOS METABOLICOS COMO EL SOBREPESO , LA DIABETES, ALCOHOLEMIA , EMBARAZO O HIPOTIROIDISMO

ANALÍTICAS HIPERCALCEMIA: HIPERPARATIROIDISMO

ES IMPORTANTE
VERIFICAR
POSIBLE CÁNCER,
NEFROPATÍAS,
ACIDOSIS...

§VALORES NORMALES DE
PTH: Los **valores normales**
son de 10 a 55 picogramos
por mililitro (pg/mL).
Raras: <5% de las PA

ANALÍTICAS LITIASIS BILIAR:

ELEVACIÓN GPT (ALT) POR ENCIMA DE 150 UI/L (PRIMEROS DOS DÍAS DESDE EL COMIENZO SÍNTOMAS).

COLESTASIS CUANDO SE INCREMENTAN LA BILIRRUBINA DIRECTA Y LAS FOSFATASAS ALCALINAS.

DCO: ECO ABDOMINAL , ECOENDOSCOPIA.

TTO: CPRE , COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA...

¿ QUÉ OTRAS ETIOLOGÍAS PUEDEN OBSTRUIR EL FLUJO PANCREÁTICO?

- HIPERTROFIA DEL ESFÍNTER DE ODDI.
- FIBROSIS ESFÍNTER DE ODDI.
- TUMORES, DIVERTÍCULOS DUODENALES
- PÁNCREAS DIVISUM.
- OBSTRUCCION AL FLUJO PANCREÁTICO NO RELACIONADO CON LITIASIS.



EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

TAC, ECO, RMN.

RX TORAX:

Derrame pleural (sobre todo izquierdo, atelectasias basales)

Distres respiratorio

RX SIMPLE DE ABDOMEN: Ileo paralítico local





**Escuela Osteopatía
de Madrid** *Internacional*



scientific-european-federation-osteopaths.org