

## ESCENARIO

Eres el médico adjunto de guardia y te consulta el residente porque en la sala tiene a una mujer de 61 años que acudió a urgencias por presentar dolor abdominal epigástrico irradiado a hipocondrio derecho y a espalda, continuo e intenso, de 15 horas de evolución. Además, presentaba de forma intermitente náuseas y vómitos de contenido alimenticio. El dolor aumentaba con la inspiración profunda, y no se modificaba con la ingesta ni tras la defecación. No refería fiebre ni escalofríos. No ictericia ni coluria. Diuresis escasa. Desde hacía 3 semanas presentaba episodios de epigastralgia leve, de 15-20 minutos de duración, de predominio post-ingesta. Como antecedentes refería ausencia de alergias medicamentosas, enfermedades cardiopulmonares ni metabólicas. Hernia de hiato. Colectomía laparotómica en 1988. 1 cesárea. No ingesta de fármacos. La exploración física encontró: Peso 82kg. Talla 161cm. Regular estado general, sequedad de piel y mucosas. Normocoloreada. Tª 37,7, Fc 110, TA 100/70. ACR: normal. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la presión en epigastrio y hemiabdomen derecho, sin signos de irritación peritoneal, no ruidos hidroaéreos audibles, no masas ni organomegalias palpables. Pulsos presentes. No edemas en miembros inferiores. **Analítica sanguínea:** Hb 15.6 g/dl, Leucocitos  $17 \times 10^9/l$ , Neutrófilos 81.2%, Plaquetas 210000, TP 12 s, I. Quick 112%, Fibrinógeno 287 mg/dl. Glucosa 164 mg/dl, Urea 33 mg/dl, Creatinina 0.8 mg/dl, Bilirrubina 1.91 mg/dl (directa 1.09), Colesterol total 121 mg/dl, Triglicéridos 35 mg/dl, Na 143 mEq/l, K 3.3 mEq/l, Cl 102 mEq/l, Ca 10.2 mEq/l. Proteínas totales 7.1 g/dl, GOT 238 U/l, GPT 476 U/l, GGT 740 U/l, FAlc 400 U/l, LDH 762 U/l, Amilasa 7856 U/l, Lipasa 4397 U/l, VSG 8 mm/h,. Gasometría arterial (FiO<sub>2</sub> 0.21): pH 7.39, pO<sub>2</sub> 80, PCO<sub>2</sub> 46, HCO<sub>3</sub> 25.2, sO<sub>2</sub> 94. **Orina** (anormales y sedimento) sin alteraciones. **RX tórax:** derrame pleural basal bilateral. **RX abdomen:** sin alteraciones **Ecografía abdominal:** vía biliar sin alteraciones, páncreas edematoso de forma difusa **Hemocultivos:** en proceso. A las 48 horas desde el ingreso persiste dolor epigástrico leve que requiere analgesia, Tª 37,5. Pronóstico de la pancreatitis: Puntuación Ranson = 4; PCR (a las 48 h de evolución) = 220 mg/l.

Se realiza una TOMOGRAFIA COMPUTERIZADA REALZADA CON CONTRASTE INTRAVENOSO (a las 96 horas del inicio de los síntomas): pancreatitis grado E (más de 2 colecciones líquidas peripancreáticas) con necrosis pancreática del 40% de la glándula (Índice de gravedad por TC = 8 puntos; grado severo).

Conoces un artículo (1) reciente que parece zanjar la polémica sobre la utilidad de pautar tratamiento antibiótico a las pancreatitis.

Decides revisarlo y a la vista del mismo te planteas:

- 1.- ¿En pacientes con pancreatitis aguda la profilaxis antibiótica es efectiva para prevenir mortalidad y las complicaciones?
- 2.- ¿Pondrías tratamiento antibiótico a vuestra enferma?

(1) Rainer Isenmann et al Prophylactic Antibiotic Treatment in Patients With Predicted Severe Acute Pancreatitis: A Placebo-Controlled, Double-Blind Trial. Gastroenterology 2004;126:997–1004