

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LA PANCREATITIS AGUDA. DEBE UTILIZARSE.

B Álvarez Cuenllas

Complejo Hospitalario de León

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es una enfermedad muy variable que puede presentarse como inflamación y edema pancreático leve o complicarse con infección y necrosis extensa pancreática y peripancreática. Sus etiologías más frecuentes son la causa biliar y alcohólica. Hasta un 20% de los casos se consideran cuadros de pancreatitis aguda grave con una mortalidad que oscila entre el 20% y el 30%. La infección de la necrosis pancreática y la aparición de fallo multiorgánico son la principal causa de morbilidad después de la primera semana.¹

Las infecciones en el tejido necrótico pancreático se deben a una siembra hematógena, patología de la vía biliar o a la translocación de bacterias colónicas a través de los ganglios linfáticos. En condiciones normales las barreras inmunológicas y morfológicas impiden este proceso que en la pancreatitis aguda se ve posibilitado por la isquemia intestinal secundaria a hipovolemia y derivación arterio-venosa a nivel intestinal.

Los microorganismo más comúnmente aislados tanto mediante punción con aguja fina (PAAF) como mediante recogida directa en el acto de la necrosectomía o drenaje del absceso son principalmente gram-negativos aerobios o anaerobios (*E. coli* y *P. aeruginosa* los más frecuentes), seguidos de algunas especies de gram-positivos (*S. fecalis*, *S. aureus*) y raramente hongos (*Candida spp.*)². Los antibióticos con mayor capacidad de penetración en el tejido pancreático necrótico son los carbapenemes, las fluoroquinolonas y el metronidazol.

REVISIÓN

La controversia generada acerca del uso de profilaxis antibiótica en los casos de pancreatitis aguda grave permanece abierta. Son varios los estudios que apoyan el empleo de esta terapia en términos de reducción de morbilidad, prevención de sepsis, disminución del tiempo de hospitalización y disminución de la necesidad de cirugía. Los estudios más relevantes se muestran en la **Tabla I**.

No se ha demostrado una mayor tasa de resistencias antibióticas si la duración del tratamiento se mantiene en los márgenes establecidos (de 7 a 14 días) así como tampoco se ha demostrado mayor incidencia de sobreinfección fúngica en relación con el uso de profilaxis¹¹.

Las posturas del AGA Institute¹², la Clínica Mayo¹³ en su último simposium sobre profilaxis antibiótica en pacientes adultos y la B.S.G.¹¹ (British Society of Gastroenterology) defienden el uso de antibióticos pro-

TABLA I.-

PRINCIPALES ESTUDIOS QUE APOYAN EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO (MODIFICADO DE DAMBRAUSKAS ET AL3)

ESTUDIO	GRUPOS DE TRATAMIENTO	N	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	INFECCIÓN NECROSIS	CIRUGÍA	SEPSIS	MORTALIDAD
Pederzoli et al. ⁴	Imipenem (14 d)	41	Necrosis TC.	12,2%	29,3%	26,8%	7,3%
	Control	33		30,3%	33,3%	78,8%	12%
Sainio et al. ⁵	Cefuroxima (14 d)	30	Necrosis TC. PCR > 120 mg/l	30%	23,3%	13,3%	3,3%
	Control	30		40%	46,6%	26,6%	23,3%
Delcenserie et al. ⁶	Ceftazidima (10 d)	11	Necrosis TC.	0%		0%	9,1%
	Control	12		25%		58,3%	25%
Schwarz et al. ⁷	Ofloxacino+metronidazol profiláctico	13	Necrosis TC.	62%		31%	0%
	A demanda	13		54%		46%	15%
Bassi et al. ⁸	Pefloxacino	30	Necrosis TC (>50%)	34%		44%	24%
	Imipenem	30		10%		20%	10%
Nordback et al. ⁹	Imipenem profiláctico	25	Necrosis TC. PCR > 150 mg/l	8%	8%		8%
	Imipenem a demanda	33		42%	42%		15%
Manes et al. ¹⁰	Meropenem (>14 d)	88	Necrosis TC	11,4%	17%	21,6%	13,6%
	Imipenem (14 d)	88		13,6%	18,2%	23,9%	11,4%

filáticos en pacientes con un riesgo razonable de desarrollar infección del tejido pancreático necrótico estableciendo como punto de corte necrosis al 30% del volumen total de la glándula medido mediante TC con contraste. Debe de elegirse un antibiótico con buena penetración en el tejido pancreático (imipenem, meropenem o una combinación de quinolona y metronidazol) manteniéndose entre 7 y 14 días.

CONCLUSIÓN

En aquellos casos en los que se demuestra una necrosis al 30% de la glándula mediante técnica de imagen está indicada la profilaxis durante 7-14 días con un antibiótico que tenga buena penetración en el tejido pancreático.

BIBLIOGRAFÍA

1. Petrov M S, Shanbhas S, Chakraborty M, Phillips A R, Windsor J A. Organ failure and infection of pancreatic necrosis as determinants of mortality in patients with acute pancreatitis. *Gastroenterology* 2010 Sep; 139(3):813-20.
2. Beger H G, Bittner R, Block S, Büchler M. Bacterial contamination of pancreatic necrosis. A prospective clinical study. *Gastroenterology* 1986 Aug; 91(2): 433-8.
3. Dambrauskas Z, Gulbinas A, Pundzius J, Barauskas G. Meta-analysis of prophylactic parenteral antibiotic use in acute necrotizing pancreatitis. *Medicina (Kaunas)* 2007; 43 (4): 291-300.
4. Pederzoli P, Bassi C, Vesentini S, Campedelli A. A randomized multicenter clinical trial of antibiotic prophylaxis of septic complications in acute necrotizing pancreatitis with imipenem. *Surg Gynecol Obstet* 1993 May; 176(5): 480-3.
5. Sainio V, Kemppainen E, Puolakkainen P, Taavitsainen M., Kivisaari L, Valtonen V. Et al. Early antibiotic treatment in acute necrotizing pancreatitis. *Lancet* 1995 Sep 9; 346(8976): 663-7.
6. Delcenserie R, Yzet T, Ducroix J P. Prophylactic antibiotics in treatment of severe acute alcoholic pancreatitis. *Pancreas* 1996 Aug; 13(2): 198-201.
7. Schwarz M, Isenmann R, Meyer H, Beger H G. Antibiotics use in necrotizing pancreatitis. Results of a controlled study. *Dtsch Med Wochenschr* 1997 Mar 21; 122(12): 356-61.
8. Bassi C, Falconi M, Talamini G, Uomo G, Papaccio G, Dervenis C, et al. Controlled clinical trial of pefloxacin versus imipenem in severe acute pancreatitis. *Gastroenterology* 1998 Dec; 115(6): 1513-7.
9. Nordback I, Sand J, Saaristo R, Paajanen H. Early treatment with antibiotics reduces the need for surgery in acute necrotizing pancreatitis –a single- center randomized study. *J Gastrointest Surg* 2001 Mar-Apr; 5(2): 113-8.
10. Manes G, Rabitti PG, Menchise A, Riccio E, Balzano A, Uomo G. Prophylaxis with meropenem of septic complications in acute pancreatitis: a randomized, controlled trial versus imipenem. *Pancreas* 2003 Nov; 27(4): e79-83.
11. Working party of the British Society of Gastroenterology; Association of surgeons of Great Britain and Ireland; Pancreatic Society of Great Britain and Ireland; Association of upper GI surgeons of Great Britain and Ireland. UK guidelines for the management of acute pancreatitis. *Gut* 2005 May; 54 Suppl 3: iii1-9.
12. Forsmark CE, Baillie J, AGA Institute Clinical Practice and Economics Committee, AGA Institute Governing Board. AGA Institute technical review on acute pancreatitis. *Gastroenterology* 2007 May; 132(5): 2022-44.
13. Enzier MJ, Berbari E, Osmon DR. Antimicrobial prophylaxis in adults. *Mayo Clin Proc* 2011 Jul; 86(7): 686-701.