

**Carta al Editor****Pertinencia de la tomografía computarizada en la pancreatitis aguda****Relevance of computed tomography in acute pancreatitis****Abel Salvador Arroyo-Sánchez<sup>1,a</sup>, Rosa Yané Aguirre-Mejía<sup>1</sup>**

1 Escuela de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú. a Doctor en Salud Pública

**Señor Editor.**

Después de leer el interesante artículo publicado por Lau-Torres et al (1) quienes identificaron la prevalencia de la tomografía computarizada (TC) y los factores asociados a la pertinencia de su indicación en los pacientes con pancreatitis aguda (PA); nos gustaría comentar y aportar que, compartiendo lo descrito por los autores y basados en las guías de práctica clínica (GPC) vigentes (2,3,4), el diagnóstico de la PA en la mayoría de los casos es clínico y de requerir el apoyo de estudios de imágenes, la ultrasonografía (US) es un método más accesible, económico, con aceptable sensibilidad/especificidad sobre todo en la de origen biliar, no expone a los efectos biológicos radio inducidos ni a los efectos potenciales de las sustancias de contraste, además de que puede ser realizado a la cabecera del paciente en comparación con la realización de la TC contrastada.

Es así como la TC contrastada tiene indicaciones precisas (Ver tabla 1) como herramienta diagnóstica en la PA dentro de las primeras 48-72 horas y se debería realizar solo en los casos de duda diagnóstica, cuando los métodos clínicos de diagnóstico incluyendo el US no son concluyentes y en los casos

con mala evolución a pesar del tratamiento intensivo inicial para descartar complicaciones como perforación vesicular o intestinal, hemorragia, o hacer un diagnóstico diferencial (3,4,5).

La TC contratada como método de monitoreo de la PA (después de las 48-72 horas) tendrá utilidad y deberá ser indicada en los casos sospechosos de necrosis peripancreática o pancreática sintomáticas (infectada o colección necrótica aguda o necrosis encapsulada) y para la detección de complicaciones locales (pseudoquiste pancreático sintomático), complicaciones que generalmente se presentan después de la 1<sup>a</sup> - 2<sup>a</sup> semana de evolución. En algunos casos, durante esta etapa, el uso diagnóstico de la TC puede ser complementado con una punción o biopsia guiada por TC (3,4,5,6).

Por otro lado, la TC también puede servir como método terapéutico en algunos casos seleccionados, donde el drenaje percutáneo guiado tomográficamente de una colección peripancreática/pancreática complicada, puede evitar o retrasar la necesidad de una necrosectomía abierta o laparoscópica (5,6).

Tabla 1. Indicaciones de la tomografía computarizada contrastada abdominal en la pancreatitis aguda.

Uso	Indicación	Tiempo
Diagnóstico inicial	Solo en caso de diagnóstico incierto o si falla la respuesta inicial al tratamiento intensivo o hay deterioro clínico.	En las primeras 48 - 72 horas.
Monitoreo de la evolución	Sospecha clínica de necrosis sin o con complicaciones (infectada o colección necrótica aguda o necrosis encapsulada) o pseudoquiste sintomático. Punción o biopsia diagnóstica complementaria de ser necesario.	Después de las 48-72 horas.
Terapéutico	En casos individualizados, drenaje para evitar o retrasar la necrosectomía abierta o laparoscópica.	Después de la 1 <sup>a</sup> - 2 <sup>a</sup> semana.

Respecto a los factores identificados por los autores (1) como relacionados a la pertinencia de la TC; es importante recordar que la hiperamilasemia no es un indicador de gravedad de la PA por lo cual no se justificaría la realización de una TC bajo ese criterio, y los otros dos parámetros (tiempo de enfermedad e hiperglucemia) por sí solos no son indicativos para la realización de una TC, cualquiera de ellos debe acompañarse de la evaluación y evolución clínica con un enfoque multidisciplinario de los especialistas clínicos y quirúrgicos.

Nuestra recomendación final sería que los hospitales deben adherirse a una guía de práctica clínica que deberá ser adaptada a la realidad de cada institución, a fin de no hacer uso excesivo recursos biomédicos y exponer a los pacientes a estudios sin indicaciones precisas

### Referencias Bibliográficas.

1. Lau-Torres V, Caballero-Alvarado J, Concepción-Urteaga L. Factores asociados a la pertinencia de indicación tomográfica en pacientes con sospecha de pancreatitis aguda. *Rev méd Trujillo* 2021;16(1):6-12  
DOI: <http://dx.doi.org/10.17268/rmt.2020.v16i01.04>
2. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut* 2013;62:102–111.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2012-302779>
3. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Swaroop Vege S. American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2013;108:1400–1415.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2013.218>
4. Maraví Poma E, Zubia Olascoaga F, Petrov MS, Navarro Soto S, Laplaza Santos C, Morales Alava F et al. SEMICYUC 2012. Recomendaciones para el manejo en cuidados intensivos de la pancreatitis aguda. *MedIntensiva*.2013;37(3):163-179.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2013.01.007>
5. Campos Rocha AP, Schawkat K, Mortelet KJ. Imaging guidelines for acute pancreatitis: when and when not to image. *Abdominal Radiology* (2020);45:1338–1349.  
DOI: <https://doi.org/10.1007/s00261-019-02319-2>
6. Ortiz Morales CM, Girela Baena EL, Olalla Muñoz JR, Parlorio de Andrés E, López Corbalán JA. Radiología de la pancreatitis aguda hoy: clasificación de Atlanta y papel actual de la imagen en su diagnóstico y tratamiento. *Radiología* 2019;61(6):453-466.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rx.2019.04.001>

Citar como: Arroyo-Sánchez AS, Aguirre-Mejía EY. Pertinencia de la tomografía computarizada en la pancreatitis aguda *Rev méd Trujillo* 2021;16(3):128-9

Recibido: 07/08/21 Aceptado: 31/08/21

Correspondencia: Abel Salvador Arroyo Sánchez correo electrónico: abelsalvador@yahoo.com))