



---

## ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA INSUFICIENCIA PANCRÉATICA EXOCRINA?

Para detectar una insuficiencia pancreática exocrina existen dos grupos de tests, los que analizan la función pancreática de forma directa y los que la analizan de forma indirecta. Los test directos implican la estimulación del páncreas mediante comida u hormonas para posteriormente analizar el jugo duodenal y cuantificar el contenido dependiente de la secreción pancreática. Los tests indirectos miden las consecuencias de la insuficiencia pancreática y son más fáciles de realizar.

### ¿Cuáles son las pruebas directas?

#### Test de secretina-CCK

Se requiere la colocación de un tubo situado en el duodeno para recoger la secreción pancreática. Posteriormente se administra el estimulante pancreático (secretina-CCK) y se recoge la secreción procedente del páncreas durante una o dos horas.

Es la prueba más eficaz para el diagnóstico de la pancreatitis crónica, considerándose el método de referencia. Sin embargo, al ser una prueba invasiva y compleja, se realiza sólo en determinados centros de referencia. Según los resultados obtenidos, permite la clasificación del grado de función exocrina en leve, moderada y grave, según el porcentaje de reducción de la secreción pancreática.

### ¿Cuáles son las pruebas indirectas?

#### 1. Tripsinógeno sérico

Consiste en medir la cantidad de tripsinógeno presente en la sangre. Es un test sencillo y muy útil para detectar insuficiencia pancreática avanzada, sin embargo no es muy sensible para las fases más precoces.

#### 2. Cuantificación de grasa en heces

Consiste en tomar una dieta específica rica en grasas para posteriormente medir la cantidad de grasa presente en las heces (esteatorrea) durante tres días. La esteatorrea aparece cuando se ha perdido al menos el 90% de la secreción pancreática habitual. Por tanto, la medición de grasa en heces es sólo útil para el diagnóstico de insuficiencia pancreática avanzada.

#### 3. Medición de Quimotripsina y elastasa en heces

Son enzimas presentes en la secreción pancreática que permanecen relativamente estables a lo largo de la digestión y durante todo el trayecto del aparato digestivo.

Se diferencian en que la elastasa es algo más estable que la quimotripsina y puede realizarse bajo tratamiento con enzimas pancreáticas.

#### **4. Test de pancreolauril**

Tras la ingesta de una comida de prueba que contiene dilaurato de fluoresceína, éste es digerido por la secreción pancreática. Tras su digestión, la fluoresceína se absorbe rápidamente por la pared intestinal siendo posible medir su concentración en sangre (indicador indirecto de la función del páncreas). Si se administra una inyección de secretina previamente, la sensibilidad del test aumenta y permite detectar todos los casos en fases avanzadas/moderadas y tres cuartas partes de los casos leves.

#### **5. Test de aliento**

En esta prueba se administra junto a una comida de prueba una sustancia “marcada” (13C-MTG). Tras la digestión duodenal por la acción de la lipasa pancreática, la sustancia “marcada” se absorbe y se metaboliza en el hígado, dando lugar a la liberación de  $^{13}\text{CO}_2$  ( $^{13}\text{CO}_2$  “marcado”) que es eliminado en el aire espirado. La cantidad de  $^{13}\text{CO}_2$  en muestras de aliento se puede medir, reflejando de forma indirecta la función pancreática exocrina. Esta prueba es simple, no invasiva y muy eficaz en el diagnóstico de mala digestión grasa, con alta sensibilidad y especificidad, por lo que puede sustituir a la cuantificación de grasa fecal en la práctica clínica.

*Dra. Cristina Carretero Ribón*

*Especialista de la Fundación Española del Aparato Digestivo*

*Clínica Universitaria de Navarra*