

11209
245



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina

División de Estudios Superiores

Centro Hospitalario "20 DE NOVIEMBRE" I.S.S.S.T.E.

PRONOSTICO, EVOLUCION Y TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA.

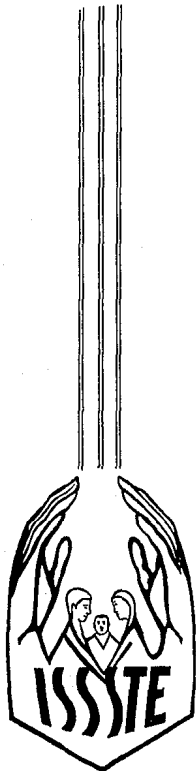
TESIS DE POSGRADO

Que para obtener el título en la
Especialidad de:

CIRUGIA GENERAL

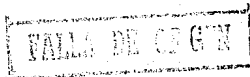
P r e s e n t a :

DR. JOSE MIGUEL DIBILDOX MARTINEZ



México, D. F.

1983





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

- I.- INTRODUCCION
- II.- JUSTIFICACION
- III.- OBJETIVOS
- IV.- GENERALIDADES
- V.- MATERIAL Y METODO
- VI.- RESULTADOS Y ANALISIS
- VII.- DISCUSION
- VIII.- CONCLUSIONES
- IX.- RESUMEN
- X.- BIBLIOGRAFIA

I.- INTRODUCCION

EL PANCREAS FUE UNO DE LOS ULTIMOS ORGANOS ABDOMINALES EN RECIBIR LA ATENCION DE LOS ANATOMISTAS, FISILOGOS Y CLINICOS.

GALENO FUE QUIEN LE DIO SU NOMBRE, AUNQUE YA HABIA SIDO DESCRITO PREVIAMENTE EN EL TALMUD ENTRE 200 a.c. Y 200 d.c.; POSTERIORMENTE SE TUVO MUY Poca INFORMACION A--CERCA DEL PANCREAS HASTA QUE WIRSUNG DEMOSTRO SUS CONDUCTOS EN 1642 Y DE GRAAF, EN 1664, LA SECRECION PANCREATICA EN UNA FISTULA EN PERRO. (11,18,41)

CLAUDE BERNARD RECONOCIO MAS TARDE, LA ACCION DIGESTIVA DEL JUGO PANCREATICO SOBRE LAS GRASAS, AZUCARES Y --PROTEINAS; LANGERHANS DEMOSTRO LA PRESENCIA DE LOS ISLOTES EN EL PARENQUIMA PANCREATICO EN 1869.

HASTA ANTES DEL SIGLO XIX, LOS ESCRITOS SOBRE LA PATOLOGIA DEL PANCREAS FUERON SUMAMENTE ESCASOS; FRIEDERICH EN 1875, FUE EL PRIMERO EN DESCRIBIR SISTEMATICAMENTE LAS ENFERMEDADES PANCREATICAS. FITZ REPORTO LA PRIMERA CLASIFICACION DE LA PANCREATITIS AGUDA EN 1889, QUE AUN ES CONSIDERADA COMO CLASICA; EN ESE REPORTE, FITZ SUGIRIO LA CIRUGIA COMO TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS.

EN 1894, KORTE SE INCLINO AL TRATAMIENTO QUIRURGICO AGRESIVO; GUDERKE INTENTO ESTE EN 1912, OBTENIENDO MUY MA LOS RESULTADOS, A CONSECUENCIA DE LO CUAL, EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS AGUDA FUE ABANDONADO. FUE -

HASTA 1930, GRACIAS A LOS TRABAJOS DE WHIPPLE Y BRUNSCH-
WIG, QUE SE POPULARIZO LA CIRUGIA PANCREATICA (58) Y EN -
1963, WATTS REALIZO LA PRIMERA PANCREATICODUODENECTOMIA E
XITOSA EN EL TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA (25).

II.- JUSTIFICACION:

LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA DEL PANCREAS, HA SIDO OBJETO DE UN GRAN NUMERO DE INVESTIGACIONES CLINICAS Y DE LABORATORIO MEDIANTE LA CREACION DE DIVERSOS MODELOS EXPERIMENTALES, LO CUAL NO HA SIDO SUFICIENTE PARA EXPLICAR EN FORMA SATISFACTORIA, LOS DIVERSOS FACTORES ETIOLOGICOS ENVUELTOS Y LA FISIOPATOLOGIA MISMA DEL PADECIMIENTO.

LA EVOLUCION CLINICA SE CARACTERIZA POR UNA ELEVADA MORBILIDAD Y MORTALIDAD, Y AUN EN PRESENCIA DE UN MISMO FACTOR ETIOLOGICO, LA EVOLUCION PUEDE IR DESDE LA RESOLUCION ESPONTANEA HASTA LA MUERTE, DEBIDO A FACTORES QUE NO HAN SIDO DETERMINADOS CON CLARIDAD HASTA LA FECHA.

ACTUALMENTE NO EXISTE UN CRITERIO COMUN EN CUANTO A LOS METODOS MAS ADECUADOS PARA EL DIAGNOSTICO, EVALUACION Y TRATAMIENTO, PERSISTIENDO LA PANCREATITIS AGUDA COMO UNO DE LOS CAMPOS MAS OSCUROS DE LA MEDICINA (56).

POR ESTAS RAZONES, CREEMOS JUSTIFICADO Y NECESARIO, EL ENSAYO EN NUESTRO MEDIO, DE UN METODO OBJETIVO QUE PERMITA IDENTIFICAR TEMPRANAMENTE A LOS PACIENTES QUE TENDRAN UNA EVOLUCION TORPIDA O CON GRANDES POSIBILIDADES DE MORIR A CAUSA DE LAS COMPLICACIONES LOCALES O SISTEMICAS DE LA PANCREATITIS AGUDA, PARA BRINDARLES OPORTUNAMENTE LOS CUIDADOS INTENSIVOS QUE REQUIERAN, ASI COMO DETERMINAR, CUANDO ESTE INDICADO, EL TIEMPO OPTIMO PARA LLEVARLOS A CIRUGIA Y DECIDIR LA O LAS TECNICAS QUIRURGICAS MAS RECOMENDABLES PARA EL TRATAMIENTO DE ESTA ENFERMEDAD.

III.- OBJETIVOS:

- 1.- ENSAYAR EN FORMA RETROSPECTIVA, LA APLICACION DE UN METODO PRONOSTICO OBJETIVO, TEMPRANO, PARA LA DETECCION DE PACIENTES CON ALTO RIESGO DE MORIR POR COMPLICACIONES DE LA PANCREATITIS AGUDA

- 2.- ESTUDIAR LA EVOLUCION Y TRATAMIENTO, ASI COMO LA APLICACION DEL METODO ARRIBA MENCIONADO, EN LA ELECCION DEL TIEMPO OPTIMO Y DE LA TECNICA DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO, EN LOS PACIENTES QUE INGRESARON POR ESTE PADECIMIENTO A NUESTRO ESTUDIO.

IV.- GENERALIDADES:

EN ABRIL DE 1963, EN EL SIMPOSIUM DE MARSELLA, SE UNIFORMARON LOS CRITERIOS EN CUANTO A LA CLASIFICACION DE LAS FORMAS DE PRESENTACION CLINICA DE LA PANCREATITIS (61) TABLA I.

TABLA I
CLASIFICACION DE LA PANCREATITIS

- PANCREATITIS AGUDA
- PANCREATITIS AGUDA RECIDIVANTE
- PANCREATITIS CRONICA
- PANCREATITIS CRONICA RECIDIVANTE

SIMPOSIUM DE MARSELLA, ABRIL 1963.

LA PANCREATITIS AGUDA, PUEDE PRESENTARSE CLINICAMENTE COMO HEMORRAGICA O NO HEMORRAGICA, PUDIENDO SUBDIVIDIRSE - AMBOS TIPOS EN EDEMATOSA, SUPURATIVA O NECROTIZANTE (58).

PARA FINES PRACTICOS, EN ESTE ESTUDIO TOMAREMOS LOS TRES TERMINOS DESCRIPTIVOS MAS USADOS EN LA LITERATURA, PARA REFERIRNOS A LA PANCREATITIS AGUDA COMO EDEMATOSA, HEMORRAGICA Y NECROTIZANTE (45).

AUNQUE SE HAN DESCRITO MAS DE 70 FACTORES ETIOLÓGICOS ASOCIADOS CON LA PANCREATITIS AGUDA (58), GENERALMENTE SON DOS LAS CAUSAS QUE PREDOMINAN EN LA MAYORIA DE LAS SERIES REPORTADAS, LAS SECUNDARIAS AL ALCOHOL Y A LA LITIASIS BILIAR.

LA EVOLUCION DE ESTE PADECIMIENTO ES MUCHAS VECES IMPREDECIBLE Y LA MORBIMORTALIDAD VARIA DE UN 5% EN LA EDEMATOSA (5,39) AL 50-90% EN LA HEMORRAGICA Y EN LA NECROTIZANTE (2,5,35,36,38,39,43,53,63,64), LO QUE HA LLEVADO A DIFERENTES AUTORES A PROBAR DIVERSOS METODOS TERAPEUTICOS, LA

MAYORIA DE ELLOS EMPIRICOS, QUE VAN DESDE EL TRATAMIENTO MEDICO CONSERVADOR, HASTA LA PANCREATECTOMIA TOTAL, CON EL OBJETO DE TRATAR DE MEJORAR LA EVOLUCION Y SOBREVIDA DE ESTOS PACIENTES.

EN UN INTENTO POR IDENTIFICAR TEMPRANAMENTE A LOS PACIENTES QUE PRESENTABAN O EVOLUCIONARIAN HACIA LAS FORMAS MAS SEVERAS DE LA PANCREATITIS AGUDA, EN 1974, EL DR. JOHN RANSON Y COLS. DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEW YORK, REPORTARON SU EXPERIENCIA EN LA APLICACION DE UN METODO PARA LA PREDICION DE ENFERMOS QUE PRESENTARIAN MAYOR MORBILIDAD Y MORTALIDAD, ANALIZANDO EN UNA SERIE DE 100 ENFERMOS, 43 DATOS CLINICOS Y DE LABORATORIO DURANTE EL INGRESO Y LAS PRIMERAS 48 HRS. DE EVOLUCION (49). AL FINAL DEL ESTUDIO, FORMARON DOS GRUPOS, EL PRIMERO CON LOS QUE EVOLUCIONARON SATISFACTORIAMENTE Y QUE NO PRESENTARON COMPLICACIONES Y EL SEGUNDO CON LOS QUE PRESENTARON COMPLICACIONES, PERMANECIERON POR MAS DE 7 DIAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O QUE MURIERON; FINALMENTE, SE REALIZO UN ANALISIS MULTIVARIADO, LINEAR, DISCRIMINATIVO DE ESTOS 43 PARAMETROS, EN CONTRANDO QUE SOLAMENTE 11 DE ESTOS DATOS HABIAN DIFERENCIADO CON SIGNIFICACION ESTADISTICA A LOS DOS GRUPOS Y QUE POR TANTO PODRIAN TENER VALOR PRONOSTICO PARA SEPARAR LAS FORMAS MODERADAS DE LAS SEVERAS, ASI COMO PARA IDENTIFICAR TEMPRANAMENTE A LOS PACIENTES CON MAYOR RIESGO DE MORIR. POSTERIORMENTE, EL DR. RANSON REALIZO ESTUDIOS PROSPECTIVOS PARA CONFIRMAR SUS OBSERVACIONES (47,48,49,50,51,52), REPORTANDO QUE EL VALOR PRONOSTICO DE ESTOS CRITERIOS ERA APLICABLE A TODOS LOS PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA.

V.- MATERIAL Y METODO:

SE REVISARON 1000 EXPEDIENTES DE ENFERMOS QUE INGRESARON POR DOLOR ABDOMINAL AGUDO AL C.H. " 20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE, DE LA CD. DE MEXICO, EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE NOVIEMBRE DE 1976 Y NOVIEMBRE DE 1980; DE ACUERDO A LA CLASIFICACION DEL SIMPOSIUM DE MARSELLA (61), SE ENCONTRARON 60 CASOS DE PANCREATITIS AGUDA, UTILIZANDO ARBITRARIAMENTE COMO CRITERIOS DIAGNOSTICOS, DOLOR EN LA MITAD SUPERIOR DEL ABDOMEN, DISTENSION ABDOMINAL, DATOS DE IRRITACION PERITONEAL, AMILASEMIA MAYOR DE 500 UI, CUANDO LA ETIOLOGIA ERA BILIAR Y 200 UI CUANDO ERA ALCOHOLICA Y FINALMENTE, DATOS RADIOLOGICOS COMPATIBLES CON PANCREATITIS.

LOS CRITERIOS PARA LA CLASIFICACION ETIOLOGICA FUERON: BASES CLINICAS, HALLAZGOS QUIRURGICOS Y/O ESTUDIOS POST-MORTEM.

EN TODOS LOS ENFERMOS DE ESTA SERIE SE EVALUARON LOS PARAMETROS PRESENTES EN CADA CASO, DE LOS ONCE SEÑALADOS POR RANSON Y COLS. (49) QUE SE PRESENTAN EN LA TABLA II.

A CADA UNO DE LOS SIGNOS PRESENTES, SE LES DIO VALOR DE UNO. LA PRESENTACION CLINICA SE CLASIFICO DE ACUERDO AL DR. RANSON COMO PANCREATITIS MODERADA A LOS QUE TENIAN MENOS DE 3 SIGNOS POSITIVOS Y COMO SEVERA A LOS QUE TENIAN 3 O MAS.

SE ESTABLECIO UNA CORRELACION ENTRE EL NUMERO DE SIGNOS POSITIVOS Y LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES GRAVES Y DEFUNCION. TAMBIEN EN LOS CASOS TRATADOS QUIRURGICAMENTE, SE CORRELACIONO EL NUMERO DE SIGNOS POSITIVOS Y LA MORTALIDAD.

TABLA II
SIGNOS PRONOSTICOS DE RANSON

I.- AL INGRESO DEL PACIENTE
EDAD MAYOR A 55 AÑOS
LEUCOCITOSIS MAYOR A 16,000
GLUCOSA MAYOR A 200 mgs%
DHL MAYOR DE 350 UI/Lt
TGO MAYOR DE 120 UI/lit.

II.- A LAS 48 HRS DEL INGRESO
DISMINUCION DEL Htc MAYOR DEL 10%
ELEVACION DEL NITROGENO DE UREA MAYOR DE 5 mgs%
Ca SERICO MENOR DE 8 mgs%
Pa O₂ MENOR DE 60 mms Hg
DEFICIT DE BASE MAYOR A 4 meq/lit
SECUESTRO DE LIQUIDOS MAYOR A 6 lts.

FINALMENTE SE ANALIZO LA RELACION ENTRE LA SEVERIDAD
DE LA PANCREATITIS CON EL MOMENTO EN QUE SE PRACTICO LA IN
TERVENCION QUIRURGICA Y LA MORTALIDAD DE ESTOS PACIENTES.

VI.- RESULTADOS Y ANALISIS:

DE LOS 1000 CASOS REVISADOS, EL 6% DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON A NUESTRO HOSPITAL DURANTE ESTE PERIODO, POR DOLOR ABDOMINAL, CORRESPONDIERON A PANCREATITIS AGUDA.

SEXO:

DE LOS 60 ENFERMOS, 31 CORRESPONDIERON AL SEXO FEMENINO Y 29 AL MASCULINO, CON UNA RELACION 1.1:1. AUNQUE CONVENDRIA ANOTAR, QUE LA PREDOMINANCIA DEL SEXO VARIA DE ACUERDO A LA ETIOLOGIA, ASI POR EJEMPLO, EN NUESTRA SERIE, CUANDO LA ETIOLOGIA FUE BILIAR, EL 53.5% FUE FEMENINO Y EN LA ALCOHOLICA EL 91.6% MASCULINO.

EDAD:

LA EDAD PROMEDIO DE LA SERIE FUE DE 48.5 AÑOS, AUNQUE LA AMPLITUD FUE DE 18 A 82 AÑOS. SI DESGLOSAMOS POR ETIOLOGIA, EN LA ALCOHOLICA LA EDAD PROMEDIO FUE 33 AÑOS, MIENTRAS QUE EN LA LITIASICA BILIAR FUE DE 54.

ETIOLOGIA:

T A B L A III
ETIOLOGIA DE LA PANCREATITIS AGUDA

| CAUSA | No. | % |
|---------------------|-----|------|
| LITIASIS BILIAR | 43 | 71.6 |
| ALCOHOL | 12 | 20.0 |
| EMBARAZO | 2 | 3.3 |
| HIPERPARATIROIDISMO | 1 | 1.7 |
| POSTRAUMATICA | 1 | 1.7 |
| POSTOPERATORIA | 1 | 1.7 |

COMO SE PUEDE OBSERVAR EN LA TABLA III, EN NUESTRO HOSPITAL, LA PANCREATITIS BILIAR ES LA MAS FRECUENTE (71.6%), SEGUIDA POR LA ALCOHOLICA (20%) Y OTRAS CAUSAS MENOS COMUNES.

CLASIFICACION ANATOMOPATOLOGICA:

EL TIPO ANATOMOPATOLOGICO SOLAMENTE PUDO SER ESTABLECIDO EN 29 CASOS EN LOS QUE EL DIAGNOSTICO PUDO SER CORROBORADO EN EL TRANSOPERATORIO, DE ELLOS, 21 (72.4%) CORRESPONDIERON A PANCREATITIS EDEMATOSA, 4 (13.8%) A HEMORRAGICA Y OTROS 4 CASOS A LA FORMA NECROTIZANTE.

SEVERIDAD:

LA DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGUN EL NUMERO DE SIGNOS POSITIVOS SE PRESENTAN EN LA TABLA IV, MOSTRANDO QUE 34 (56.7%) CORRESPONDIERON A PANCREATITIS MODERADA Y 26 (43.3%) A LA FORMA SEVERA.

| T A B L A IV | | |
|------------------------------|-------|------|
| SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS | | |
| SIGNOS POSITIVOS | No. | % |
| 0-2 | 34 | 56.7 |
| 3-4 | 11 | 18.3 |
| 5-6 | 11 | 18.3 |
| 7 ó mas | 4 | 6.7 |
| | total | 60 |

LOS SIGNOS QUE SE ENCONTRARON MAS FRECUENTEMENTE POSITIVOS EN LA PANCREATITIS ALCOHOLICA FUERON, EN ORDEN DE CRECIENTE: DESHIDROGENASA LACTICA (DHL), DEFICIT DE BASE (DEF. DE BASE) Y GLICEMIA MAYOR DE 200 (EN PACIENTES PREVIAMENTE NORMOGLUCEMICOS. EN LA PANCREATITIS BILIAR, EN EL MISMO ORDEN DECRECIENTE: EDAD MAYOR A 55 AÑOS, DESHIDROGENASA LACTICA MAYOR DE 350 UI/lit Y LEUCOCITOSIS MAYOR A 16,000, VER TABLA V.

CLASIFICACION ANATOMOPATOLOGICA:

EL TIPO ANATOMOPATOLOGICO SOLAMENTE PUDO SER ESTABLECIDO EN 29 CASOS EN LOS QUE EL DIAGNOSTICO PUDO SER CORROBORADO EN EL TRANSOPERATORIO, DE ELLOS, 21 (72.4%) CORRESPONDIERON A PANCREATITIS EDEMATOSA, 4 (13.8%) A HEMORRAGICA Y OTROS 4 CASOS A LA FORMA NECROTIZANTE.

SEVERIDAD:

LA DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGUN EL NUMERO DE SIGNOS POSITIVOS SE PRESENTAN EN LA TABLA IV, MOSTRANDO QUE 34 (56.7%) CORRESPONDIERON A PANCREATITIS MODERADA Y 26 (43.3%) A LA FORMA SEVERA.

| T A B L A IV | | |
|------------------------------|-------|------|
| SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS | | |
| SIGNOS POSITIVOS | No. | % |
| 0-2 | 34 | 56.7 |
| 3-4 | 11 | 18.3 |
| 5-6 | 11 | 18.3 |
| 7 ó mas | 4 | 6.7 |
| | total | 60 |

LOS SIGNOS QUE SE ENCONTRARON MAS FRECUENTEMENTE POSITIVOS EN LA PANCREATITIS ALCOHOLICA FUERON, EN ORDEN DE CRECIENTE: DESHIDROGENASA LACTICA (DHL), DEFICIT DE BASE (DEF. DE BASE) Y GLICEMIA MAYOR DE 200 (EN PACIENTES PREVIAMENTE NORMOGLUCEMICOS. EN LA PANCREATITIS BILIAR, EN EL MISMO ORDEN DECRECIENTE; EDAD MAYOR A 55 AÑOS, DESHIDROGENASA LACTICA MAYOR DE 350 UI/lit Y LEUCOCITOSIS MAYOR A 16,000, VER TABLA V.

T A B L A V
 PANCREATITIS AGUDA;
 SIGNOS PRONOSTICOS ENCONTRADOS MAS FRECUENTEMENTE

| SIGNO | P. ALCOHOLICA | | P. BILIAR | |
|-----------------------------------|---------------|------|-----------|------|
| | No. | % | No. | % |
| EDAD MAYOR A 55 AÑOS | 2 | 16.6 | 26 | 59.0 |
| LEUCOCIT. MAYOR A 16,000 | 2 | 16.6 | 17 | 38.6 |
| GLUCOSA MAYOR A 200 mgs% | 3 | 25.0 | 5 | 11.3 |
| DHL MAYOR A 350 UI/Lt | 7 | 58.3 | 20 | 45.4 |
| TGO MAYOR A 120 UI/Lt | 0 | 0 | 8 | 18.1 |
| DISM. DEL Htc. MAYOR AL 10% | 2 | 16.6 | 13 | 29.5 |
| ELEVACION N. DE U MAYOR DE 5 mg | 2 | 16.6 | 12 | 27.2 |
| Ca SERICO MENOR A 8 mgs | 0 | 0 | 4 | 9.0 |
| Pa O ₂ MENOR A 60 mmHg | 2 | 16.6 | 13 | 29.5 |
| DEF. BASE MAYOR A 4 meq/lit | 3 | 25.0 | 15 | 34.0 |
| SEC. DE LIQUIDOS MAYOR A 6 lts. | 1 | 8.3 | 1 | 2.2 |

TRATAMIENTO MEDICO:

TODOS LOS PACIENTES RECIBIERON TRATAMIENTO MEDICO CON SISTENTE EN AYUNO, QUE VARIO DE 3 A 14 DIAS, SUCCION NASOGASTRICA Y LIQUIDOS PARENTERALES, QUE FUERON SUSPENDIDOS UNA VEZ QUE SE RESTABLECIO EL TRANSITO INTESTINAL Y DESAPARECIO EL DOLOR ABDOMINAL.

EN FORMA PROFILACTICA SE ADMINISTRARON ANTICOLINERGICOS AL 70% DE LOS PACIENTES Y ANTIBIOTICOS PARENTERALES (AMPICILINA O CEFALOSPORINA) AL 36.6%; NO SE OBSERVO DIFERENCIA EN LA EVOLUCION DE LOS PACIENTES ASI TRATADOS, EN COMPARACION CON LOS QUE NO RECIBIERON ESTOS MEDICAMENTOS.

VEINTIOCHO PACIENTES RECIBIERON EXCLUSIVAMENTE TRATAMIENTO MEDICO, EN DOS DE ELLOS, SE PRACTICO LAVADO PERITONEAL, YA QUE SUS CONDICIONES GENERALES NO PERMITIERON EL TRATAMIENTO QUIRURGICO; EN AMBOS SE OBSERVO MEJORIA MUY NOTORIA DE LA SINTOMATOLOGIA ABDOMINAL, PERO FINALMENTE FALLECIERON POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, AMBOS PACIENTES PRESENTARON 7 SIGNOS POSITIVOS.

LA FRECUENCIA DE COMPLICACIONES EN LOS 28 PACIENTES QUE FUERON TRATADOS MEDICAMENTE, FUE DEL 32.1%, SIENDO LAS MAS FRECUENTES, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, RENAL Y CARDIACA. EN ESTE GRUPO DE ENFERMOS, SE REGISTRARON 7 MUERTES - (25%), TODOS ELLOS, EXCEPTO UNO QUE FALLECIO POR INFARTO - MIOCARDICO, TENIAN MAS DE 4 SIGNOS POSITIVOS.

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

TREINTAIDOS PACIENTES (53.5%) FUERON MANEJADOS QUIRURGICAMENTE EN ALGUNA ETAPA DE SU EVOLUCION. LAS INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO FUERON; TRATAMIENTO ELECTIVO DE PATOLOGIA BILIAR EN 16 CASOS, ABDOMEN AGUDO EN 10, DRENAJE DE PSEUDOQUISTE EN 3 Y EN OTROS 3 POR DUDA EN EL DIAGNOSTICO INICIAL.

T A B L A VI
PANCREATITIS AGUDA
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, FRECUENCIA
Y MORTALIDAD

| PROCEDIMIENTO | No. | MORTALIDAD | |
|---|-----|------------|-------|
| | | No. | % |
| LAP. EXPLOR. Y DRENAJE | 1 | 0 | 0 |
| COLECISTOSTOMIA | 1 | 0 | 0 |
| COLECISTECTOMIA | 11 | 1 | 9.0 |
| COLECISTECTOMIA Y EVB | 8 | 0 | 0 |
| EXPLOR. VIAS BILIARES | 1 | 0 | 0 |
| COLECISTECT., EVB, PSEUDO CISTOGASTROANASTOMOSIS | 5 | 2 | 40.0 |
| COLECISTOST., GASTROSTOM., YEYUNOST. Y DRENAJE | 4 | 4 | 100.0 |
| PANCREATECTOMIA PARCIAL | 1 | 1 | 100.0 |

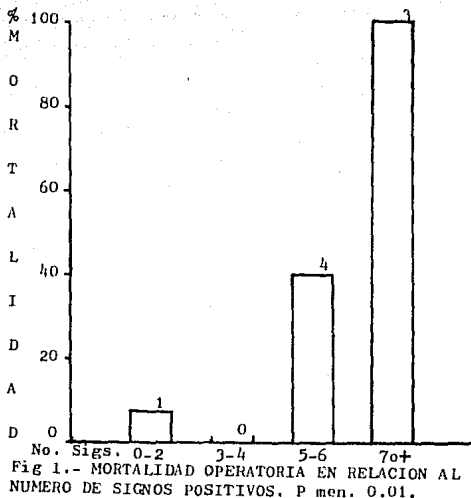
NOTA: EVB: EXPLORACION DE VIAS BILIARES.

CUATRO PACIENTES FUERON REOPERADOS, TRES POR COMPLICACIONES SEPTICAS ABDOMINALES Y DEHISCENCIAS DE LOS ESTOMAS - GASTROINTESTINALES, PRACTICANDO EN ELLOS NECROSECTOMIA PANCREATICA, SUTURA DE LOS ESTOMAS, DRENAJE Y LAVADO AM-

PLIO DE LA REGION PERIPANCREATICA. UNO MAS FUE REOPERADO POR LA APARICION TARDIA DE UN PSEUDOQUISTE, ELEVANDO A 36 EL NUMERO TOTAL DE INTERVENCIONES EN ESTA SERIE.

LAS OPERACIONES INICIALES QUEDARON ANOTADAS EN LA TABLA VI, EN DONDE SE OBSERVA QUE LA MORTALIDAD EN LA PANCREATICTOMIA PARCIAL Y EN LA OPERACION DESCRITA POR LAWSON (38) (GASTROSTOMIA, YEYUNOSTOMIA, COLECISTOSTOMIA Y DRENAJE PERIPANCREATICO AMPLIO) LA MORTALIDAD FUE DEL 100%. EN LOS CASOS EN QUE SE PRACTICO COLECISTECTOMIA, EXPLORACION DE VIAS BILIARES Y PSEUDOCISTOGASTROANASTOMOSIS, SE REGISTRARON DOS MUERTES, UNA POR INFARTO MIOCARDICO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO Y OTRA POR SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO MASIVA. HUBO UNA MUERTE EN EL GRUPO DE PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS, CORRESPONDIENDO A UNA PACIENTE DE 75 AÑOS, QUE INGRESO POR COLEPERITONEO SECUNDARIO A LA ULCERACION Y PERFORACION DEL CISTICO POR UN CALCULO.

LA MORTALIDAD OPERATORIA (FIG. 1), DE ACUERDO A LA CLASIFICACION DE SEVERIDAD ES COMO SIGUE: DE 13 PACIENTES CON 0-2 SIGNOS POSITIVOS, SE REGISTRO UN CASO, EL CORRESPONDIENTE AL DE LA ANCIANA CON PERFORACION DEL CISTICO YA DESCRITO PREVIAMENTE (7.5%). EN EL SEGUNDO GRUPO (3-4 SIGNOS POSITIVOS) NO HUBO MORTALIDAD, PERO EN EL TERCERO (5-6 SIGNOS POSITIVOS) HUBO 4 MUERTES (40%) Y EN EL ULTIMO GRUPO CON MAS DE 7 SIGNOS, LA MORTALIDAD FUE DEL 100%, HABIENDOSE REGISTRADO UNA CORRELACION ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA ENTRE EL NUMERO CRECIENTE DE SIGNOS POSITIVOS (MAYOR SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS) Y ELEVACION PROGRESIVA DE LA MORTALIDAD, P menor de 0.01.



TIEMPO DE LA OPERACION:

NUEVE PACIENTES FUERON OPERADOS EN LAS PRIMERAS 48 HRS. DE SU INGRESO Y OTROS CUATRO DURANTE LA PRIMERA SEMANA; EL RESTO, 19, SE OPERARON DESPUES DEL 7o DIA DE EVOLUCION INTRA HOSPITALARIA.

PARA UN ANALISIS MAS CLARO, SE AGRUPARON LOS PACIENTES DE ACUERDO AL GRADO DE SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS Y EL DIA DE LA EVOLUCION EN QUE FUERON OPERADOS, TAL Y COMO SE OBSERVA EN LA FIGURA 2.

EL PRIMER GRUPO CORRESPONDE A LOS PACIENTES CON MENOS DE 3 SIGNOS POSITIVOS (PANCREATITIS MODERADA), SUBDIVIDIEN- DOLOS A SU VEZ EN EL SUBGRUPO A, INTEGRADO POR 3 PACIENTES OPERADOS DURANTE LA PRIMERA SEMANA DE EVOLUCION, CON SOBREVIVIDA DE TODOS LOS PACIENTES. EL SUBGRUPO B, CONSTA DE DIEZ

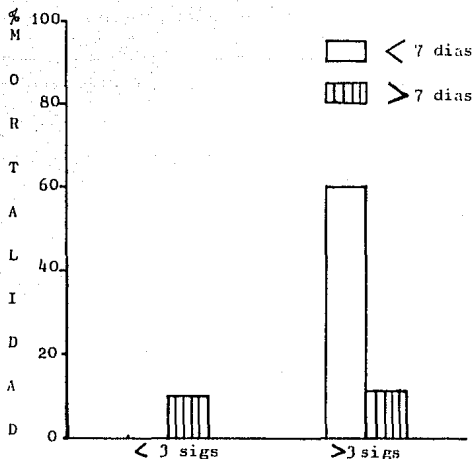


Fig 2.- TIEMPO QUIRURGICO Y MORTALIDAD. En los pacientes con menos de 3 signos, operados en la primera semana, la diferencia es N.S. en cuanto a mortalidad, en cambio en los de mas de 3 sigs. es estadísticamente significativa P menor de 0.05.

ENFERMOS OPERADOS DESPUES DEL 7º DIA DE EVOLUCION, REGISTRAN DOSE UNA MUERTE POR INFARTO MIOCARDICO AL 9º DIA DE POSTOPERATORIO, DANDO EN EL SUBGRUPO B UNA MORTALIDAD DEL 10%; ESTA DIFERENCIA EN LA MORTALIDAD NO ES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA.

EL SEGUNDO GRUPO CORRESPONDE A LOS PACIENTES CON MAS DE 3 SIGNOS POSITIVOS (PANCREATITIS SEVERA); EN EL SUBGRUPO A, SE ENCUENTRAN 10 ENFERMOS, LOS CUALES FUERON OPERADOS EN LOS PRIMEROS SIETE DIAS DE EVOLUCION, HUBO 6 MUERTES, CON MORTALIDAD DEL 60%; EN EL SUBGRUPO B, FORMADO POR 9 PACIENTES QUE FUERON OPERADOS DESPUES DEL 7º DIA DE EVOLUCION, SOLO SE REGISTRO UNA MUERTE, QUE CORRESPONDIO AL 11.1%. ENCONTRANDO QUE EN ESTE GRUPO DE PACIENTES CON PANCREATITIS SEVE

RA, LA DIFERENCIA DE MORTALIDAD ENTRE LOS OPERADOS ANTES Y DESPUES DEL 7o DIA DE EVOLUCION (60% vs 11.1%) ES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA. P menor de 0.05. ES INTERESANTE ACLARAR, QUE EN EL GRUPO DE 10 ENFERMOS OPERADOS ANTES DE LOS SITE DIAS, LAS 6 DEFUNCIONES SE ENCUENTRAN ENTRE LOS 8 PACIENTES QUE FUERON OPERADOS AL INGRESO O DURANTE LAS PRIMERAS 48 HRS. DE EVOLUCION, LO QUE ELEVA AL 75% LA MORTALIDAD DE ESTE GRUPO DE ENFERMOS GRAVES QUE SON OPERADOS TEMPRANAMENTE. P menor de 0.01.

MORBILIDAD

LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS QUE SIGUIERON A LOS DISTINTOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS FUERON: CHOQUE SEPTICO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, SEPSIS ABDOMINAL, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y CARDIACA, SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO, - NEUMONIA E INFARTO DEL MIOCARDIO.

LA MORBILIDAD GENERAL EN EL TOTAL DE LA SERIE (FIG. 3), DE ACUERDO A LA CLASIFICACION POR GRADOS DE SEVERIDAD SON: DE 34 PACIENTES CON 0-2 SIGNOS, EL 8.8%; DE 11 PACIENTES CON 3-4 SIGNOS, EL 18.1%; DE 11 CASOS CON 5-6 SIGNOS, EL 81.8%; DE 4 CASOS CON 7 ó MAS SIGNOS, EL 100%; LAS DIFERENCIAS ENCONTRADAS, SON ALTAMENTE SIGNIFICATIVAS, P menor de 0.001, DEDUCIENDO QUE LA FRECUENCIA DE COMPLICACIONES AUMENTA EN FORMA MUY SIGNIFICATIVA CON EL AUMENTO DEL NUMERO DE SIGNOS POSITIVOS ENCONTRADOS EN UN ENFERMO DETERMINADO.

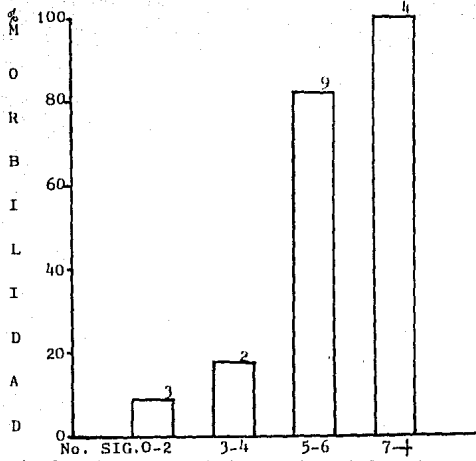


Fig 3.- MORBILIDAD GENERAL EN RELACION AL NUMERO DE SIGNOS POSITIVOS P MEN 0.001

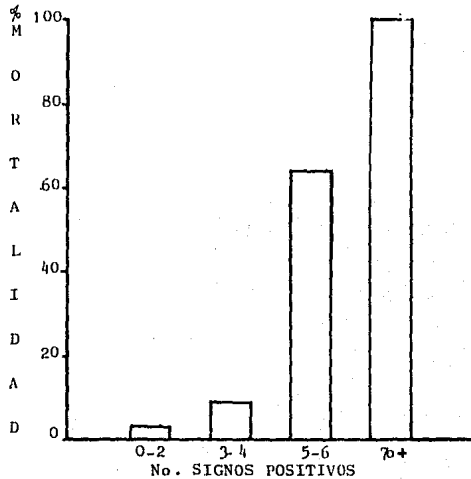


Fig 4.- MORTALIDAD GENERAL EN RELACION AL NUMERO DE SIGNOS POSITIVOS P men. 0.001

MORTALIDAD GENERAL

LA MORTALIDAD GENERAL DE LA SERIE (FIG. 4), ES DEL 25.0%, ENCONTRANDO QUE SE INCREMENTA DEL 5.8% EN EL GRUPO DE 0-2 SIGNOS POSITIVOS, AL 9.0% EN EL GRUPO DE 3-4 SIGNOS POSITIVOS, AL 72.7% EN EL DE 5-6 SIGNOS POSITIVOS Y FINALMENTE AL 100% EN EL GRUPO DE 7 Ó MAS SIGNOS POSITIVOS, ENCONTRANDO QUE TAMBIEN ESTA DIFERENCIA EN LA MORTALIDAD ES ALTAMENTE SIGNIFICATIVA, P menor de 0.001.

VII.- DISCUSION:

EL DR. RANSON COMPARA EL TERMINO "PANCREATITIS" AL DE NEUMONIA (45), PUESTO QUE AMBOS SON TERMINOS AMBIGUOS QUE INDICAN PATOLOGIA DE MUY DIVERSA ETIOLOGIA, CON MUY DISTINTOS ABORDAJES DIAGNOSTICOS Y TERAPUEITICOS, DIFERENTES CURSOS CLINICOS, ASI COMO PRONOSTICO Y MORTALIDAD VARIABLES. LA DIFERENCIA ESTRIBA EN QUE EL PANCREAS ES UN ORGANO QUE NO PUEDE SER EXPLORADO DE MANERA FACIL, DEBIDO A SU POSICION ANATOMICA Y A QUE LOS METODOS DE ESTUDIO SON EN SU MAYORIA INDIRECTOS.

MUCHOS AUTORES INSISTEN EN CONSIDERAR LA PANCREATITIS AGUDA, COMO UN PADECIMIENTO SISTEMICO, QUE SE CARACTERIZA POR FALLA MULTIORGANICA, SECUNDARIA A LA LIBERACION DE DIFERENTES ENZIMAS ACTIVADAS, ASI COMO DE SUBSTANCIAS VASOACTIVAS O TOXICAS (62). EN EFECTO, ESTUDIOS DEL EXUDADO PERITONEAL FORMADO DURANTE UN ATAQUE DE PANCREATITIS AGUDA, -- MUESTRA LA PRESENCIA ENTRE OTRAS DE AMILASA, LIPASA, FOSFOLIPASA, TRIPSIENOGENO, PROENZIMAS PROTEOLITICAS Y ENZIMAS FORMADORAS DE KININAS (45). ADEMAS, ESTE EXUDADO ES CAPAZ DE PRODUCIR HIPOTENSION SISTEMICA, LIBERACION DE HISTAMINA Y AUMENTO DE LA PERMEABILIDAD VASCULAR (52).

ETIOLOGIA:

LAS DOS CAUSAS MAS FRECUENTES DE PANCREATITIS AGUDA SON: EL ABUSO DEL ALCOHOL Y LA ASOCIADA A LITIASIS BILIAR, DANDO ENTRE AMBAS UN 75-85% DE LOS CASOS (33,45). SIN EMBARGO, EN ALGUNAS SERIES, AL IGUAL QUE EN LA NUESTRA, PREDOMI

NA LA LITIASICA (7,13,24,43), MIENTRAS QUE EN OTRAS, ES LA ALCOHOLICA LA MAS FRECUENTEMENTE ENCONTRADA, AUN DENTRO DE UN MISMO PAIS O AREA GEOGRAFICA (2,35,40,49), DEPENDIENDO BASICAMENTE DE LA CANTIDAD DE ALCOHOL QUE INGIERE LA POBLACION QUE ACUDE A ESOS HOSPITALES.

CLASIFICACION:

LOS TERMINOS PARA DESCRIBIR A LA PANCREATITIS AGUDA, VARIAN DE ACUERDO A LOS AUTORES. EL DIAGNOSTICO MACROSCOPICO DE PANCREATITIS EDEMATOSA O HEMORRAGICA, NO OFRECE DIFICULTADES; SIN EMBARGO, LA CLASIFICACION DE NECROTIZANTE, REQUIERE DE UNA EXPLORACION MUY CUIDADOSA POR PERSONAS EXPERIMENTADAS, YA QUE EN OCASIONES, PUEDE ESTAR LIMITADA A LA CAPSULA Y AL TEJIDO PERIPANCREATICO Y PUEDE LLEVAR A RESECCIONES INNECESARIAS, SI SE HACE UNA DETERMINACION INADECUADA DE LA EXTENSION DE LA NECROSIS. EL DR. LEGER, DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL COCHIN DE PARIS (39), DEMOSTRO QUE DE LOS PANCREAS EXTIRPADOS POR SUPUESTA PANCREATITIS NECROTIZANTE, SOLAMENTE EL 50% TENIAN VERDADERA NECROSIS AL CORTE DEL ORGANO, POR LO CUAL, SE SUGIERE LA CAPSULECTOMIA COMO UN METODO PARA EXPLORAR Y DETERMINAR MAS ADECUADAMENTE LA EXTENSION DE LA NECROSIS Y ASI DECIDIR CON MAS PRECISION EL TRATAMIENTO QUIRURGICO A SEGUIR.

EL TIPO DE PANCREATITIS, DESDE EL PUNTO DE VISTA MACROSCOPICO MAS FRECUENTEMENTE ENCONTRADO EN NUESTRA SERIE, FUE EL EDEMATOSO, COINCIDIENDO CON LO SEÑALADO POR OTROS AUTORES (33,37,47,49,50,59); SIN EMBARGO, LLAMA LA ATENCION QUE EN ALGUNOS REPORTES, LAS FORMAS MAS SEVERAS, ESPECIFICAMENTE LA NECROTIZANTE, SEA HASTA CUATRO VECES MAS FRECUENTE QUE LA EDEMATOSA (39,43).

EVOLUCION:

AL PARECER, EL 95% DE LOS CASOS DE PANCREATITIS AGUDA, INDEPENDIENTEMENTE DE LA CUSA, SON AUTOLIMITADOS Y MEJORAN DRAMATICAMENTE EN LAS 72 HRS. QUE SIGUEN AL INGRESO HOSPITALARIO, UNA VEZ INSTITUIDO EL TRATAMIENTO MEDICO (33); SOLO EL 5% EVOLUCIONAN A LAS FORMAS NECROTIZANTES (33). DE LOS PACIENTES CON FORMAS SEVERAS DE LA ENFERMEDAD, APROXIMADAMENTE EL 65% DESARROLLA COMPLICACIONES, INDEPENDIENTEMENTE DEL TIEMPO EN EL QUE SE ESTABLEZCA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO (36).

SE HAN PUBLICADO VARIAS FORMULAS PARA DETERMINAR TEMPRANAMENTE EL PRONOSTICO DE LA PANCREATITIS AGUDA; EL DR. HOLLENDER EN ESTRASBURGO, HA UTILIZADO CLASIFICACIONES EN BASE AL ASPECTO MACROSCOPICO DE LA LESION (26), EL DR. Mc MAHOM EL ASPECTO Y CANTIDAD DE LIQUIDO OBTENIDO DEL LAVADO PERITONEAL (44), Y EL DR. JACOBS UN CONJUNTO DE DATOS CLINICOS Y DE LABORATORIO (30). ESTAS CLASIFICACIONES SON CRITICABLES, YA QUE TIENEN COMO DENOMINADOR COMUN LA APRECIACION SUBJETIVA DE ALGUNOS O TODOS LOS DATOS, HECHO QUE PUEDE CONDUCIR A ERRORES Y QUE ESTARA SUPEDITADA A LA EXPERIENCIA PERSONAL DEL OBSERVADOR (64).

LOS CRITERIOS UTILIZADOS POR RANSON (48,49,50,52), - POSTERIORMENTE MODIFICADOS POR INMRIE (29) Y SIMPLIFICADOS POR KIVILAASKO (35), SE BASAN EN OBSERVACIONES OBJETIVAS DE DATOS DE LABORATORIO, UNOS QUE REFLEJAN DAÑO TISULAR: TGO, DHL, LEUCOCITOSIS, GLUCEMIAS; Y OTROS LA HIPOVOLEMIA: DISMINUCION DEL Htc, ELEVACION DEL N. DE UREA, RETENCION DE LIQUIDOS Y DISMINUCION DE LA PaO_2 (28). LA APLICACION DE ESTOS CRITERIOS EN NUESTRA SERIE, COMO METODO PRONOSTICO DE

DE LOS PACIENTES CON MAYOR MORBILIDAD Y MORTALIDAD, FUE DE VALOR INDUDABLE, P menor de 0.001. EN CAMBIO, NO ENCONTRAMOS CORRELACION ENTRE EL ASPECTO MACROSCOPICO DEL PANCREAS ENFERMO Y EL PRONOSTICO, DEBIDO A QUE EL MOMENTO QUIRURGICO EN EL QUE SE OBSERVA LA LESION PUEDE SER SOLO UNA ETAPA DE UN PROCESO EVOLUTIVO HACIA LA HEMORRAGIA O LA NECROSIS. POR OTRO LADO, GENERALMENTE NO HAY TEJIDO ADECUADO PARA ESTUDIOS MICROSCOPICOS QUE PUDIERAN DAR MAS LUZ EN ESTA CLASIFICACION CON FINES PRONOSTICOS (45).

TRATAMIENTO MEDICO:

EL TRATAMIENTO MEDICO VA ENCAMINADO A DAR MEDIDAS DE --SOSTEN, REPOSICION DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS, TRATANDO ADEMÁS, DE HACER "REPOSAR" EL PANCREAS, POR MEDIO DE AYUNO, SUCCION NASOGASTRICA Y NUTRICION PARENTERAL TOTAL.

AUNQUE LA UTILIDAD DE LA SUCCION NASOGASTRICA HA SIDO CUESTIONADA, ESPECIALMENTE CUANDO SE ASOCIA AL USO DE ANTI-COLINERGICOS O BLOQUEADORES H₂, ALIVIA MUY RAPIDAMENTE LOS SINTOMAS, AL EVITAR LA DISTENSION GASTRICA (45).

EL APOYO NUTRICIONAL ES UN FACTOR QUE NO DEBE DESCUIDARSE, SOBRETUDO EN PACIENTES A QUIENES SE PRONOSTICA UNA EVOLUCION TORPIDA, POR LO QUE LA INSTALACION TEMPRANA DE LA NUTRICION PARENTERAL ES OBLIGADA (10); OTROS AUTORES PROPO-
NEN LA DIETA ELEMENTAL POR MEDIO DE UN CATETER DE ALIMENTACION LARGO QUE SOBREPASE EL ANGULO DE TREITZ, COMO UN METODO ALTERNO (26).

LA ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICOS "PROFILACTICOS" EN NUESTRA SERIE, TAMPOCO MOSTRO EFECTOS BENEFICOS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVOS (16,27), POR LO QUE PENSAMOS QUE DEBERAN USARSE EN CASO DE FIEBRE, EN LA PRESENCIA DE PANCREA

TITIS SEVERAS O CUANDO SE SOSPECHEN COMPLICACIONES SEPTICAS (10).

LA VIGILANCIA POR LO MENOS DURANTE LAS PRIMERAS 48 HRS. EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS HA SIDO RECOMENDADA PARA TODOS LOS CASOS DE PANCREATITIS AGUDA (45), EXCEPTUANDO A LOS QUE NO TENGAN SINTOMAS ABDOMINALES (10). EN NUESTRA SERIE, LA VALORACION PRONOSTICA MEDIANTE ESTOS SIGNOS, PERMITIO QUE LOS PACIENTES CON MENOS DE TRES SIGNOS POSITIVOS, FUERON MANEJADOS EN SALA GENERAL, CON RESULTADOS SATISFATORIOS, DEJANDO A LOS PACIENTES CON PANCREATITIS SEVERA PARA SER MANEJADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

EL LAVADO PERITONEAL EN PACIENTES CON PANCREATITIS SEVERA, HA SIDO PRECONIZADO POR EL DR. RANSON (50) Y EL DR. ---STONE (60) A BASE DE 60-90; BAÑOS CON DURACION PROMEDIO DE UNA HORA CADA CICLO COMPLETO, AÑADIENDO AMPICILINA (50) O CEFALOSPORINA (60) A LAS SOLUCIONES DE CADA BAÑO. LA REMOCION DE UNA GRAN CANTIDAD DE SUBSTANCIAS TOXICAS, PERMITE: MEJORIA RADICAL DE ESTOS ENFERMOS, PUDIENDOLOS LLEVAR A CIRUGIA EN MEJORES CONDICIONES GENERALES; SIN EMBARGO, ESTE PROCEDIMIENTO NO PREVIENE LA PRESENTACION DE SECUELAS TARDIAS DE LA NECROSIS PANCREATICA (46).

EN LA ACTUALIDAD UN GRAN NUMERO DE AUTORES APOYAN ESTA TERAPEUTICA ADEMAS DEL TRATAMIENTO ESPECIFICO DE LAS COMPLICACIONES (INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, RENAL, CARDIACA, SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO, ILEO PROLONGADO, ETC.), CON EL OBJETIVO DE MEJORAR AL PACIENTE PARA CIRUGIA, INSISTIENDO EN LA INICIACION TEMPRANA DE LOS LAVADOS PERITONEALES -

(17,29,22,26,28).

RECIENTEMENTE SE HA PROPUESTO EL USO DEL DEXTRAN 40 A DOSIS DE 1.5 ml.s/Kg./Hr. COMO UNA FORMA DE FORZAR EL FLUJO PANCREATICO Y ASI EVITAR LA PROGRESION HACIA LA NECROSIS. EN ESTE ESTUDIO PROSPECTIVO, RANDOMIZADO, HECHO POR EL DR. BECKER, EN HEIDELBUR, ALEMANIA OCCIDENTAL, LA FRECUENCIA DE PANCREATITIS NECROTIZANTE FUE MENOR EN EL GRUPO TRATADO, AUNQUE AL PARECER ESTE FACTOR NO DISMINUYO LA MORTALIDAD - (6).

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

EXISTEN DISCREPANCIAS FUNDAMENTALES EN LA LITERATURA MUNDIAL, SOBRE LAS INDICACIONES, TIEMPO OPTIMO PARA LA CIRUGIA Y LAS TECNICAS QUIRURGICAS MAS ADECUADAS EN EL TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA.

DISCUTIREMOS CADA UNO DE ESTOS PUNTOS, EN BASE A LA INFORMACION DISPONIBLE Y EN NUESTRA PROPIA EXPERIENCIA.

INDICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO:

QUIZA, LAS INDICACIONES PARA LA CIRUGIA EN LA PANCREATITIS AGUDA, PUEDAN RESUMIRSE EN LA FORMA COMO LO SEÑALA EL DR. RANSON (45):

T A B L A VII

INDICACIONES PARA LA CIRUGIA EN PANCREATITIS AGUDA

- I PARA LIMITAR LA SEVERIDAD DE LA INFLAMACION
 - * CIRUGIA BILIAR
- II PARA INTERRUMPIR LA PATOGENESIS DE LAS COMPLICACIONES
 - * DRENAJE PERIPANCREATICO
 - * RESECCION PANCREATICA
 - * LAVADO PERITONEAL
- III TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES
 - * DRENAJE DE ABSCESOS PANCREATICOS

ESTA TABLA, EN FORMA GENERAL, INDICA EL TIPO DE CIRUGIA QUE DEBE PRACTICARSE, SIN EMBARGO, DEJA A CRITERIO DEL CIRUJANO, LA EXTENSION DE LA CIRUGIA BILIAR O DE LA RESECCION PANCREATICA Y POR OTRO LADO, NO SEÑALA EL TIEMPO MAS RECOMENDABLE PARA REALIZAR CADA UNO DE LOS TIPOS DE CIRUGIA, -- CUESTIONES QUE DISCUTIREMOS MAS ADELANTE.

TIEMPO OPTIMO PARA REALIZAR LA OPERACION:

LA TEORIA DEL DR. OPPIE, DADA A PRINCIPIOS DEL SIGLO, PROPONIA QUE LA ETIOLOGIA DE LA PANCREATITIS AGUDA BILIAR, ERA BASICAMENTE, LA OBSTRUCCION DEL CONDUCTO COMUN (PANCREA TIBILAR) POR UN CALCULO (58). EN LA ACTUALIDAD, ESTA TEO--RIA HA SIDO PROPUESTA NUEVAMENTE POR EL DR. ACOSTA Y COLS, AL IGUAL QUE OTROS AUTORES (1,55), SUGIRIENDO QUE EL TRA-TAMIENTO DE ESTE PADECIMIENTO DEBE INSTITUIRSE TEMPRANAMEN-TE, YA QUE PIENSAN QUE LA OBSTRUCCION SOSTENIDA DEL AMPULA DE VATER, RESULTARIA EN LA PROGRESION DEL EDEMA PANCREATI-CO A LA HEMORRAGIA Y A LA NECROSIS. EL DR. STONE, PIENSA QUE BASTA EL PASO DE UN MICROLITO POR EL AMPULA DE VATER, PARA QUE SE DESARROLLE EDEMA DE LA MISMA, CAPAZ DE PRODUCIR PANCREATITIS POR UNA SUPUESTA ELEVACION DE LA PRESION DEN-TRO DE LOS CANALES PANCREATICOS (59).

POR OTRO LADO, UN GRUPO NUMEROSO DE AUTORES RECOMIEN-DAN QUE LA CIRUGIA BILIAR NO SEA TEMPRANA (15,31,34,43,45), LOGRANDO DISMINUIR CON ESTA TACTICA, EN FORMA EVIDENTE, LA MORTALIDAD.

COMO YA FUE SEÑALADO, EN NUESTRA SERIE, ENTRE EL GRU-PO DE PACIENTES CON PANCREATITIS SEVERA, NO HUBO DIFERENCIA EN LA MORTALIDAD ENTRE LOS OPERADOS ANTES Y DESPUES DEL 7o DIA DE EVOLUCION, EN CAMBIO, EN LOS PACIENTES CON PANCREATI-TIS SEVERA, SE LOGRO DISMINUIR LA MORTALIDAD DEL 60% AL 11.1 % AL RETARDAR LA CIRUGIA HASTA DESPUES DEL 7o DIA, MIENTRAS SE MEJORABAN LAS CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE Y SE -PREVENIAN ALGUNAS DE LAS COMPLICACIONES, POR LO QUE CONSI-DERAMOS, QUE EN LOS CASOS DE PANCREATITIS SEVERA, QUE ES -

CUANDO EXISTE MAS PREMURA POR PARTE DEL CIRUJANO, ES CUANDO DEBE RETARDARSE LA CIRUGIA PARA MEJORAR EL PRONOSTICO Y DISMINUIR LA MORTALIDAD DE ESTOS ENFERMOS.

DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON A NUESTRO HOSPITAL CON PANCREATITIS AGUDA, SECUNDARIA A PATOLOGIA BILIAR Y QUE NO ACEPTARON O NO SE INSTITUYO EL TRATAMIENTO QUIRURGICO EN EL MISMO INTERNAMIENTO, APROXIMADAMENTE EL 23% DE ELLOS REINGRESO CON RECIDIVA DEL CUADRO, EN DOS CASOS MUY SEVERO; OTROS AUTORES REPORTAN TAMBIEN RECIDIVA DEL CUADRO EN UN 36-63% - (32,52,58,60,61) POR LO QUE SE HA ACONSEJADO, QUE DE PRE-FERENCIA EN EL MISMO INTERNAMIENTO EN EL QUE SE HACE EL DIAGNOSTICO, SE CORRIJA LA PATOLOGIA BILIAR EXISTENTE, PARA DISMINUIR ESTA POSIBILIDAD DE RECIDIVA.

TIPOS DE TRATAMIENTO QUIRURGICO:

EXISTEN MUCHAS CORRIENTES, EN OCASIONES OPUESTAS, EN CUANTO AL TIPO DE CIRUGIA QUE DEBE REALIZARSE EN EL TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA. ALGUNOS SE INCLINAN POR TECNI--CAS MUY CONSERVADORAS, MIENTRAS QUE OTROS PREFIEREN EL TRATAMIENTO MAS AGRESIVO, QUE EN OCASIONES HA INCLUIDO HASTA LA PANCREATECTOMIA TOTAL.

CREEMOS QUE CADA CASO DEBE SER INDIVIDUALIZADO, PERO QUE ES CONVENIENTE PROPONER LINEAS GENERALES DE CONDUCTA QUIRUR--GICA, DE ACUERDO AL ANALISIS DE LA EXPERIENCIA PROPIA Y DE LA REPORTADA EN LA LITERATURA MUNDIAL.

EL DR. HOLLENDER, HA SUBDIVIDIDO EL TRATAMIENTO QUIRURGICO EN TRES GRUPOS, DEPENDIENDO DE LOS HALLAZGOS (32):

- a.- PANCREATITIS EDEMATOSA; IRRIGACION Y DRENAJE
- b.- NECROSIS DISTAL; PANCREATECTOMIA DISTAL.

c.- NECROSIS DEL ISTMO O CABEZA: NECROSECTOMIA, IRRIGACION Y DRENAJE.

EN LA ACTUALIDAD HA ABANDONADO LA PANCREATODUODENECTOMIA POR HABER OBTENIDO UNA MORTALIDAD INACEPTABLEMENTE ELEVADA. RUTINARIAMENTE PRACTICA A TODOS LOS PACIENTES COLECISTECTOMIA Y EXPLORACION DE LAS VIAS BILIARES.

POR OTRO LADO, EL DR. VANKEMMEL (63), HA CLASIFICADO EN ESTADIOS EL GRADO DE ENFERMEDAD PANCREATICA:

- O: PANCREATITIS EDEMATOSA, PRACTICANDO CAPSULECTOMIA PARA INSPECCION Y DRENAJE DE LA GLANDULA.
- I: NECROSIS LOCALIZADA PEQUEÑA, PRACTICANDO DIGITOCLASIA DEL TEJIDO NECROTICO, DRENAJE AMPLIO E IRRIGACION CONTINUA.
- II: NECROSIS SUBTOTAL O MULTICENTRICA; DIGITOCLASIA DEL TEJIDO NECROTICO, IRRIGACION Y DRENAJE AMPLIO.
- III: NECROSIS MASIVA: EN ESTE CASO, EL TRATAMIENTO DEPENDERA DE LOS HALLAZGOS, PERO ESTARA ENCAMINADO A PRACTICAR - ESPLENOPANCREATECTOMIA DISTAL, ISTMO-CORPOCAUDOPANCREATO-ESPLENECTOMIA O BIEN, PANCREATECTOMIA TOTAL O SUBTOTAL, AÑADIENDO EN TODOS LOS CASOS, DRENAJE AMPLIO E IRRIGACION CONTINUA.

SI LA ETIOLOGIA DE LA PANCREATITIS ESTA ASOCIADA A LITIASIS BILIAR, LA COLECISTECTOMIA SERA UN PROCEDIMIENTO OBLIGADO. ALGUNOS AUTORES RECOMIENDAN LA COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION DE LAS VIAS BILIARES, UNICAMENTE CUANDO SE HA DEMOSTRADO LA PRESENCIA DE PATOLOGIA EN LOS CANALES BILIARES MEDIANTE COLANGIOGRAFIA TRANSOPERATORIA (15,35,43,64).

MERCADIER Y SAFRANY, ENFATIZAN LA ESFINTEROTOMIA TRANSDUODENOSCOPICA, PARA EL TRATAMIENTO DE LA LITIASIS ENCLAVADA EN EL AMPULA DE VATER COMO TRATAMIENTO DE ELECCION EN LA PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA A ESTA PATOLOGIA (43,55). POR OTRO LADO, EL DR. STONE HA REPORTADO RECIENTEMENTE EL USO DE LA -

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA.

ESFINTEROPLASTIA RUTINARIA EN LA PANCREATITIS ASOCIADA A LI-
TIASIS VESICULAR (59). ESTA TECNICA NO HA TENIDO ACEPTACION
GENERAL. EN NUESTRA SERIE, LA COLECISTECTOMIA ESTUVO INDICA
DA POR LA PRESENCIA DE PATOLOGIA A ESTE NIVEL.

CUANDO EL CIRUJANO SE ENFRENTA A UN CUADRO DE PANCREATI
TIS AGUDA EDEMATOSA EN EL TRANSOPERATORIO, SIN HABERLO SOSPE
CHADO PREVIAMENTE, TIENE VARIAS OPCIONES EN CUANTO AL MANEJO
MISMO DEL PANCREAS; COLOCACION DE TUBOS PARA LAVADO PERITONEAL
TAL COMO LO SEÑALA EL DR. RANSON (45) Y SI DECIDIERA COLOCAR
UN TUBO DE DRENAJE PERIPANCREATICO, DEBERA TOMAR EN CUENTA,
QUE EL USO PROLONGADO DE ESTOS DRENAJES AUMENTAN MUY IMPORTAN
TEMENTE EL RIEZGO DE INFECCION (43). LA OTRA ALTERNATIVA SUGE
RIDA EN LA LITERATURA, SERIA LA CAPSULECTOMIA PANCREATICA CON
DOS FINALIDADES: 1.- LA INSPECCION ADECUADA DE LA GLANDULA Y
2.- DESCOMPRESION Y DRENAJE DE LA MISMA (39,43,63).

EN 1970, EL DR. LAWSON REPORTO RESULTADOS MUY ALENTADO-
RES RESPECTO A LOS OBTENIDOS PREVIAMENTE (38), EN EL TRATA--
MIENTO DE PACIENTES CON PANCREATITIS SEVERA, NECROTIZANTE, -
TRATADOS TEMPRANAMENTE CON COLECISTOSTOMIA, YEYUNOSTOMIA Y -
GASTROSTOMIA, ADEMAS DE UN AMPLIO DRENAJE PERIPANCREATICO. AL
IGUAL QUE EN NUESTRA SERIE, MUCHOS AUTORES PUSIERON EN PRACTI
CA ESTA TECNICA, OBTENIENDO RESULTADOS POR LO GENERAL MALOS,
POR LA PRESENTACION DE COMPLICACIONES SEPTICAS ABDOMINALES,
DEHISCENCIA DE LOS ESTOMAS GASTROINTESTINALES, REQUIRIENDO RE
INTERVENCIONES, QUE POR LO GENERAL CURSAN CON MAYOR MORTALIDAD
(75-85%) (45). POR ESTA RAZON, EN LA ACTUALIDAD SON MUCHOS LOS
AUTORES QUE SUGIEREN ABANDONAR EL USO DE LA GASTROSTOMIA Y YE

YUNOSTOMIA EN ESTOS CASOS, TRATANDO DE HACER COLECISTECTOMIA Y DRENAJE EXTERNO DE LAS VIAS BILIARES CUANDO SE REQUIERA -- (15,26,31,43,64). POR OTRO LADO, PARECE PREDOMINAR EL CONSENSO DE QUE EL TRATAMIENTO QUIRURGICO EN LA PANCREATITIS NECROTIZANTE DEBE SER LIGERAMENTE RETARDADO, DE TAL FORMA QUE AL OPERAR, EL PACIENTE SE ENCUENTRE EN MEJORES CONDICIONES GENERALES Y LA NECROSIS ESTE MEJOR DELIMITADA (2,15,19,34,36,45,66), HACIENDO INCAPIE EN QUE EL USO PREOPERATORIO DEL LAVADO PERITONEAL, PUEDE SER DE GRAN UTILIDAD AL DISMINUIR LAS COMPLICACIONES EN OTROS ORGANOS Y SISTEMAS (19,43,45).

POR OTRO LADO, EL TRATAMIENTO RADICAL Y TEMPRANO HA SIDO PRECONIZADO (3,35,65), SUGIRIENDO LA PANCREATECTOMIA TOTAL, SI LA NECROSIS ES MASIVA, OBTENIDNO SEGUN ESTOS REPORTES, REDUCCION CONSIDERABLE DE LA MORTALIDAD EN ESOS CASOS. EL DR. ALEXANDRE, EN PARIS, HA ENFATIZADO QUE LA ALTA TASA DE INFECION Y RECIDIVA REPORTADA EN ALGUNOS TRABAJOS, ES EL RESULTADO DE UNA RESECCION PANCREATICA INSUFICIENTE (3). SIN EMBARGO, LA MAYORIA DE LOS AUTORES SEÑALAN QUE LA PANCREATODUODENECTOMIA TOTAL O SUBTOTAL, NO HA MEJORADO LA SOBREVIDA DE ESTOS ENFERMOS (13,45,64,66), POR LO QUE EN LA ACTUALIDAD HAY LA TENDENCIA A PRACTICAR NECROSECTOMIA, CON DRENAJE AMPLIO E IRRIGACION POSTOPERATORIA CONTINUA, YA QUE ES EL METODO QUE HA DISMINUIDO LA FRECUENCIA DE MORTALIDAD DE UN 72 A UN 33% (12,19,20,36,43,45,66).

FINALMENTE, EN UNA REVISION COLECTIVA DE 129 CASOS DE PANCREATITIS HEMORRAGICA O NECROTIZANTE, LA MORTALIDAD GLOBAL FUE DEL 39%, SIN EMBARGO, LA CORRESPONDIENTE A LOS TRATADOS CON PANCREATECTOMIA TOTAL FUE DEL 67%, PANCREATODUODENECTOMIA 43%, PANCREATECTOMIA DISTAL 50% Y PANCREATECTOMIA SUB--

TOTAL 41% (45), MIENTRAS QUE EN 65 PACIENTES TRATADOS CON NECROSECTOMIA, LA MORTALIDAD FUE DEL 29% (14).

AL PARECER, LAS PANCREATITIS POSTOPERATORIAS SE ACOMPAÑAN DE UNA MORTALIDAD DEL 100% (49), Y LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON CUALQUIER TIPO DE RESECCION SON IGUALMENTE MALOS.

RESUMIRE LAS CONCLUSIONES DE ESTA DISCUSION, CITANDO LAS PALABRAS DEL DR. KENNETH W. WARREN (47):

" LOS CUATRO ERRORES MAS COMUNES EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS AGUDA SON ESTOS: OPERAR MUY TEMPRANAMENTE Y HACER MUCHO Y LUEGO, CUANDO APARECEN LAS COMPLICACIONES, OPERAR MUY TARDIAMENTE Y HACER MUY POCO".

CONCLUSIONES:

- 1.- EL 6% DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON POR DOLOR ABDOMINAL AGUDO AL SERVICIO DE URGENCIAS DE NUESTRO HOSPITAL DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO, CORRESPONDIERON A PANCREATITIS AGUDA.
- 2.- EN LA PANCREATITIS BILIAR, PREDOMINO EL SEXO FEMENINO - (63.6%) MIENTRAS QUE EN LA ALCOHOLICA EL MASCULINO (91.6%)
- 3.- LA EDAD PROMEDIO EN LA SERIE FUE DE 48.5 AÑOS, AUNQUE LA AMPLITUD FUE DE 18 a 82 AÑOS.
- 4.- LA ETIOLOGIA MAS FRECUENTEMENTE ENCONTRADA FUE LA ASOCIADA A PATOLOGIA BILIAR, SEGUIDA POR LA ALCOHOLICA, 71.6% Y 20 % RESPECTIVAMENTE.
- 5.- LA CLASIFICACION MACROSCOPICA FUE: TIPO EDEMATOSO EN EL 72.4%, HEMORRAGICA Y NECROTIZANTE 13.8% CADA UNA.
- 6.- LA SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS, CLASIFICADA DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE RANSON SON COMO SIGUE: DE 0-2 SIGNOS POSITIVOS 56.7%, DE 3-4 SIGNOS 18.3%, DE 5-6 SIGNOS 18.3% Y FINALMENTE DE 7 ó MAS SIGNOS EL 6.7% DE LA POBLACION ESTUDIADA.
- 7.- NO HUBO DIFERENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA ENTRE LOS PACIENTES TRATADOS CON ANTICOLINERGICOS Y/O ANTIBIOTICOS PROFILACTICOS, RESPECTO AL RESTO DE PACIENTES QUE RECIBIO UNICAMENTE TRATAMIENTO MEDICO CONSERVADOR.
- 8.- ENTRE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON EXCLUSIVAMENTE TRATAMIENTO MEDICO, LA FRECUENCIA DE COMPLICACIONES FUE DEL 32.1% Y LA MORTALIDAD GLOBAL DE ESTE GRUPO FUE DEL 25 %.
- 9.- HUBO UNA RELACION EVIDENTE ENTRE EL NUMERO MAYOR DE SIGNOS POSITIVOS Y LA MAYOR FRECUENCIA DE COMPLICACIONES Y MORTALIDAD ENTRE LOS TRATADOS MEDICAMENTE.
- 10.- 32 PACIENTES (53.5%) RECIBIERON TRATAMIENTO QUIRURGICO, OBSERVANDOSE QUE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD AUMENTARON PARALELAMENTE A LA COMPLEJIDAD DE LA CIRUGIA Y AL MAYOR NUMERO DE SIGNOS PRONOSTICOS POSITIVOS. (P menor de 0.01).
- 11.- LA MORTALIDAD OPERATORIA GLOBAL FUE DEL 25%.
- 12.- LA MORTALIDAD OPERATORIA EN LOS GRUPOS DE 1-2 SIGNOS FUE DEL 7.5%, DE 3-4 SIGNOS EL 0%, DE 5-6 SIGNOS DEL 40% Y DE 7 ó MAS DEL 100%.

13.- EN EL GRUPO DE PACIENTES CON PANCREATITIS MODERADA, NO HUBO DIFERENCIA EN LA MORTALIDAD EN LOS OPERADOS ANTES Y DESPUES DEL 7º DIA, EN CAMBIO, EN LOS PACIENTES CON PANCREATITIS SEVERA, LA MORTALIDAD ENTRE LOS OPERADOS ANTES DEL 7º DIA -- FUE DEL 60%, COMPARADO CON EL 11.1% DE LOS QUE FUERON OPERADOS DESPUES DEL 7º DIA (P menor de 0.05).

14.- LA MORBILIDAD DE LA SERIE EN GENERAL, AUMENTO PARALELAMENTE AL NUMERO DE SIGNOS POSITIVOS, DEL 8.8% EN LOS QUE TENIAN 0-2 SIGNOS POSITIVOS, AL 100% EN LOS QUE TENIAN 7 ó MAS (P menor de 0.001).

15.- MORTALIDAD GENERAL FUE DEL 25%, ENCONTRANDO QUE SE INCREMENTA DEL 5.8% EN EL GRUPO DE 0-2 SIGNOS, AL 100% EN LOS QUE TIENEN 7 ó MAS SIGNOS POSITIVOS (P menor de 0.001).

16.- LOS SIGNOS PRONOSTICOS DE RANSON SON FACILMENTE APLICABLES EN NUESTRO MEDIO Y SON ADECUADOS PARA SEPARAR TEMPRANAMENTE A LOS PACIENTES CON ALTAS POSIBILIDADES DE COMPLICARSE O DE MORIR Y PERMITEN OTORGARLES TEMPRANAMENTE LOS CUIDADOS INTENSIVOS Y PREVENIR ALGUNAS DE LAS COMPLICACIONES QUE POSTERIORMENTE PRESENTARAN.

17.- LOS SIGNOS DE RANSON PERMITEN IDENTIFICAR TEMPRANAMENTE A LOS PACIENTES GRAVES CON ALTAS POSIBILIDADES DE PRESENTAR COMPLICACIONES QUIRURGICAS O DE MORIR DESPUES DE ESTE TRATAMIENTO Y ORIENTA SOBRE EL TIEMPO MAS ADECUADO EN QUE EL PACIENTE DEBE SER LLEVADO AL QUIROFANO.

18.- ES NECESARIO ENSAYAR TRABAJOS PROSPECTIVOS, DOBLE CIEGO, PARA TRATAR DE IDENTIFICAR TEMPRANAMENTE EL TIEMPO Y TIPO DE OPERACIONES MAS ADECUADAS EN LOS PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA.

RESUMEN:

SE ESTUDIARON 60 CASOS DE PANCREATITIS AGUDA QUE INGRESARON AL C.H. "20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE, ENTRE LOS AÑOS 1976-1980. EL 71.6% FUE SECUNDARIA A PATOLOGIA BILIAR, EL 20% AL ALCOHOL Y EL RESTO A DIVERSAS CAUSAS.

LOS PACIENTES FUERON CLASIFICADOS COMO PANCREATITIS MODERADA Y SEVERA, EN BASE A LOS CRITERIOS PUBLICADOS POR RANSON Y COLS. EN 1974; EL 56.7% CORRESPONDIERON A CASOS MODERADOS Y EL 43.3% A SEVEROS.

LA FRECUENCIA DE COMPLICACIONES ES MINIMA EN LOS CASOS DE PANCREATITIS MODERADA (8.8%), ASCIENDE AL 18.1% CUANDO HAY 3-4 SIGNOS Y HASTA EL 100% CUANDO HAY 7 ó MAS (P menor de -- 0.001). ASIMISMO HAY UNA CORRELACION ESTRECHA CON LA MORTALIDAD QUE ES DEL 5.8% CUANDO HAY MENOS DE 3 SIGNOS POSITIVOS Y HASTA DEL 100% CUANDO HAY 7 ó MAS (P menor de 0.001).

LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO SON ACEPTABLES EN CASOS DE PANCREATITIS MODERADAS Y DRAMATICAMENTE DESFAVORABLES EN LAS SEVERAS, ESPECIALMENTE CUANDO SE HA HECHO CIRUGIA TEMPRANA (P menor de 0.05) O CUANDO LOS SIGNOS POSITIVOS SON NUMEROSOS (P menor de 0.01).

EL LAVADO PERITONEAL PARECE OFRECER UNA MEJOR PERSPECTIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS SEVERA, AUNQUE LA MORTALIDAD SIGUE SIENDO MUY ALTA.

FINALMENTE SE DISCUTEN LAS DIFERENTES TENDENCIAS EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO, HACIENDO INCAPIE EN LA NECESIDAD DE NUEVOS ESTUDIOS PROSPECTIVOS, CONTROLADOS, DOBLE CIEGO, PARA RESOLVER ALGUNAS DE LAS MUCHAS DUDAS QUE AUN EXISTEN ALREDEDOR DE ESTE PADECIMIENTO.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- ACOSTA J.M., ROSSIR., GALLI O.M.R. ET AL. EARLY - SURGERY FOR ACUTE GALLSTONE PANCREATITIS; EVALUATION OF A SYSTEMATIC APPROACH. SURG. 83:367, 1978.
- 2.- ALDRETE JOAQUIN S., JIMENEZ HERNAN, HALPERN NORMAN B. EVALUATION AND TREATMENT OF ACUTE AND CHRONIC - PANCREATITIS. ANN SURG. 191,6,: 664, Jun 1980.
- 3.- ALEXANDRE JEAN-HENRI, GUERRIERI M.T. ROLE OF TOTAL - PANCREATECTOMY OF NECROTIZING PANCREATITIS. WORLD J. SURG. 5,3:369. May 1981.
- 4.- ANDERSON MARION C. INVITED COMMENTARY. WORLD J. SURG. 5,3:325, May 1981.
- 5.- BAANKS P.A. ACUTE PANCREATITIS. GASTROENT. 61:328, 1971
- 6.- BECKER H., SENNINGER N. ET AL. IMPROVEMENT OF PANCREATIC BLOOD FLOW BY DEXTRAN 40 IN THE MANAGEMENT OF ACUTE PANCREATITIS. WORLD J. SURG. 5,3:425, May 1981
- 7.- BECKER V. PATHOLOGICAL ANATOMY AND PATHOGENESIS OF -- ACUTE PANCREATITIS. WORLD J. SURG. 5,3:303 may 1981
- 8.- BERLINSKI LEONARD S., DORAZIO RICHARD A., ET AL. GALLSTONE PANCREATITIS. THE MOUNT SINAI J. MED. 46:4 - 1979.
- 9.- BERNARD H.R., CRESCIONE, J.R. AND MOYER, C.A. THE PATHOLOGIC SIGNIFICANCE OF THE SERUM AMYLASE CONCENTRATION. ARCH. SURG. 79:311, 1959.
- 10.- CRETZFELDT WERNER AND LANKISCH PAUL G. INTENSIVE -- MEDICAL TREATMENT OF SEVERE ACUTE PANCREATITIS. --- WORLD J. SURG. 5,3:341, 1981.
- 11.- CLARKE, E.S. HISTORY OF GASTROENTEROLOGY. IN GASTROENTEROLOGIC MEDICINE, M. PAULSON (ed.). PHILADELPHIA LEA AND FEBIGER, 1969.
- 12.- CAREY LARRY C. INVITED COMMENTARY, WORLD J. SURG. 5, - 3:382, 1981.
- 13.- CHIGOT, F. GHESQUIERE C. ET AL. SURGICAL TREATMENT OF ACUTE SEVERE PANCREATITIS. WORLD J. SURG. 5,3:429, 1981.
- 14.- EDELMANN, G., BOUTELIER P.: LE TRAITEMENT DES PANCREATITES AIGUES NECROSANTES PER L'ABLATION CHIRURGICALE PRECOCE DES PORTIONS NECROSEES. CHIRUR. 100: 155, 1974.
- 15.- EISEMAN BEN. INVITED COMMENTARY. WORLD J. SURG. 5,3: 367, 1981.
- 16.- FINCH W.T., SAWYERS J.L., SCHENKER J.: A PROSPECTIVE STUDY TO DETERMINE THE EFFICACY OF ANTIBIOTICS IN ACUTE PANCREATITIS. ANN SURG. 183:667, 1976.
- 17.- FREY C. INVITED COMMENTARY WORLD J. SURG. 5,3:391, 1981
- 18.- GARRISON F.H. AN INTRODUCTION TO THE HISTORY OF MEDICINE 2nd ed. PHILADELPHIA, W.B. SAUNDERS Co., 1917.
- 19.- GEBHARDT C. PANCREATIC SURGERY: CRITICAL EVALUATION AND PERSPECTIVES. HEPATOGASTROENTEROLOGY. 28(3): 179, 1981.

- 20.- GEBHARDT CHRISTOPH, GALL FRANZ P.: IMPORTANCE OF -
PERITONEAL IRRIGATION AFTER SURGICAL TREATMENT -
OF HEMORRAGIC, NECROTIZING PANCREATITIS. WORLD -
J. SURG. 5,3:379, 1981.
- 21.- GEOKAS MICHAEL C. INVITED COMMENTARY. WORLD J. SURG.
5,3; 384, 1981.
- 22.- GLIEDEMAN MARVIN L. INVITED COMMENTARY. WORLD J. --
SURG. 5,3:357, 1981.
- 23.- HOWARD J.M., ERLICH E.W.: GALLSTONE PANCREATITIS: A
CLINICAN ENTITY. SURG. 51:2, 1962.
- 24.- HOFER H. INVITED COMMENTARY. WORLD J. SURG. 5,3:
310, 1981.
- 25.- HOLLENDER L. TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS. WORLD.
J. SURG. 5,3:301, 1981.
- 26.- HOLLENDER L.F., MEYER C., MARRIE A., DA SILVA J.,
ROLE OF SURGERY IN THE MANAGEMENT OF ACUTE PANCREA
TITIS. WORLD. J. SURG. 5,3:361, 1981.
- 27.- HOWERS R., ZUIDEMA G.D. AND CAMERO J.L.: EVOLUTION -
OF PROPHYLACTIC ANTIBIOTICS IN ACUTE PANCREATITIS.
J. SURG. RES. 18:197, 1975.
- 28.- INMRE CLEMENT W. INVITED COMMENTARY. WORLD J. SURG.
5,3:323, 1981.
- 29.- INMRE CLEMENT W., BENJAMIN I.S., FERGUSON J.C.: A -
SINGLE DOUBLE-BLIND TRIAL OF TRASYLOL THERAPY IN
PRIMARY ACUTE PANCREATITIS. BR. J. SURG. 65:337,
1978.
- 30.- JACOBS M., DAGGETT WM, CIVETTA J.M.,:ACUTE PANCREATI-
TIS: ANALYSIS OF FACTORS INFLUENCING SURVIVAL. -
ANN. SURG. 185:43, 1977.
- 31.- JORDAN GEORGE L. INVITED COMMENTARY. WOLRD J. SURG.
5,3:356, 1981.
- 32.- KELLY T.R.: GALLSTONE PANCREATITIS. ARCH SURG. 109,
aug, 1974.
- 33.- KELLY T.R. INVITED COMMENTARY. WORLD J. SURG. 5,3: -
309, 1981.
- 34.- KIM UNSUP, SHETH MAHENDRA: OPTIMAL TIMING OF SURGICAL
INTERVENTION IN PATIENS WITH ACUTE PANCREATITIS A
SSOCIATED WITH CHOLELITIASIS. S.G.O. 150:499, 1980.
- 35.- KIVILAASKO E., FRAKI O.: RESECTION OF THE PANCREAS -
FOR ACUTE FULMINANT PANCREATITIS. S.G.O. 152:493,
1981.
- 36.- KUMMERLE FRITZ, NEHER M.: MANAGEMENT OF COMPLICATION
AFTER OPERATIONS FOR ACUTE PANCREATITIS. WORLD J. -
SURG. 5,3:387, 1981.
- 37.- LANKISCH PAUL G., INVITED COMMENTARY. WORLD. J. SURG.
5,3:357, 1981.
- 38.- LAWSON D.W., DAGGETT W.M., CIVETTA J.M.: SURGICAL --
TREATMENT OF ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS. ANN.
SURG. 172:605, 1970.
- 39.- LEGER L., CHICHE B., LOUVEL A. PANCREATIC NECROSIS -
AND ACUTE PANCREATITIS. WORLD J. SURG. 5,3:315,1981.
- 40.- MAINGOT RODNEY. ABDOMINAL OPERATIONS 7th Ed. APPLETON
CENTURY CROFTS. NEW YORK, 1980.

- 41.- MAJOR R.H. A HISTORY OF MEDICINE. SPRINGFIELD ILL. CHARLES C. THOMAS, 1954.
- 42.- MARKS B. INVITED COMMENTARY. WORLD J. SURG. 5,3; 348, 1981.
- 43.- MERCADIER MAURICE. SURGICAL TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS; TACTICS, TECHNIQUES AND RESULTS. WORLD J. SURG. 5,3:393, 1981.
- 44.- McMAHON MICHAEL J., PLAYFORTH M.; A COMPARATIVE STUDY OF SEVERITY OF ATTACKS OF ACUTE PANCREATITIS. BR. J. SURG. 67:22, 1980.
- 45.- RANSON JOHN H.C. ACUTE PANCREATITIS; WHERE ARE WE?. SURG. CLIN. N.A. 61,1:55, 1981.
- 46.- RANSON JOHN R.C. CONSERVATIVE SURGICAL TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS. WORLD J. SURG. 5,3:351, 1981.
- 47.- RANSON J.H.C., THE TIMING OF BILIARY SURGERY IN ACUTE PANCREATITIS. ANN SURG. 189,5:654,1979.
- 48.- RANSON J.H.C., PASTERNAK B.S.: STATISTICAL METHODS FOR QUANTIFYING THE SEVERITY OF CLINICAL ACUTE PANCREATITIS. J.SURG. RES. 22:79, 1977.
- 49.- RANSON J.H.C., RIFKIND K.M., ROSES D.F., PROGNOSTIC SIGNS AND THE ROLE OF OPERATIVE MANAGEMENT IN ACUTE PANCREATITIS. SURG. GINECOL. OBST. 139:69,1974.
- 50.- RANSON J.C.H., RIFKIND K.M., TURNER J.W.: PROGNOSTIC SIGNS AND NON-OPERATIVE PERITONEAL LAVAGE IN ACUTE PANCREATITIS. SURG. GINECOL. OBST. 143:209, 1976.
- 51.- RANSON J.C.H., SPENCER F.C.: PREVENTION, DIAGNOSIS - AND TREATMENT OF PANCREATIC ABSCESS. SURG. 82:99, 1977.
- 52.- RANSON J.C.F., SPENCER F.C.; THE ROLE OF PERITONEAL LAVAGE IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS ANN SURG. - 187:565, 1978.
- 53.- RETTORI RENE. INVITED COMMENTARY. WORLD J. SURG. - 5,3:377, 1981.
- 54.- ROSATO ERNEST F. INVITED COMMENTARY, WORLD J. SURG. 5,3:383, 1981.
- 55.- SAFRANY L. COTTON P.B., A PRELIMINARY REPORT; URGENT DUODENOSCOPIC SPHINCTEROTOMY FOR ACUTE GALLSTONE PANCREATITIS. SURG. 89,4:424,1981.
- 56.- SARLES HENRI. INVITED COMMENTARY. WORLD J. SURG. 5,3; 311, 1981.
- 57.- SHAPIRO, H., WRUBBLW L.D., BRITT L.G. ; THE POSSIBLE MECHANISM OF ALCOHOL IN THE PRODUCTION OF ACUTE PANCREATITIS. SURG. 60:1108, 1966.
- 58.- SLEISENGER M., FORDTRAN H., GASTROINTESTINAL DISEASE, 2nd ED. W.B. SAUNDERS Co. PHILADELPHIA PA. 1978.
- 59.- STONEH. HARLAND, FABIAN T., DUNLOP W., GALLSTONE PANCREATITIS. BILIARY TRACT PATHOLOGY IN RELATION TO TIME OF OPERATION. ANN SURG. 194,3:305, 1981.
- 60.- STONE H.H. FABIAN C.Y., PERITONEAL DIALYSIS IN THE TREATMENT OF ACUTE ALCOHOLIC PANCREATITIS. SURG. GINECOL. OBST. 150:6, 1980.

- 61.- SYMPOSIUM OF MARSEILLES, PARIL 1963. ETIOLOGY AND PATHOLOGICAL ANATOMY OF CHRONIC PANCREATITIS.- BIBL. GASTROENT. 1965.
- 62.- TRAPNELL JOHN E.: PATHOPHYSIOLOGY OF ACUTE PANCREATITIS. WORLD J. SURG. 5,3:323, 1981.
- 63.- VANKEMMEL MICHEL. INVITED COMMENTARY. WORLD J. SURG. 5,3:399, 1981.
- 64.- WARSHAW ANDREW L. INVITED COMMENTARY. WORLD J. SURG. 5,3:366, 1981.
- 65.- WATTS GEORGE T. INVITED COMMENTARY. WORLD J. SURG. 5,3:375, 1981.
- 66.- WHITE THOMAS T. INVITED COMMENTARY. WORLD J. SURG. 5,3:367, 1981.