

Universidad Nacional Autónoma de México.

Facultad de Medicina

División de Estudios Superiores

Instituto Mexicano del Seguro Social

Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza

Curso de Especialización en Cirugía General

**ABSCESO PANCREATICO. DRENAJE POR VIA EXTRAPERITONEAL**

TESIS DE POSTGRADO

P r e s e n t a :

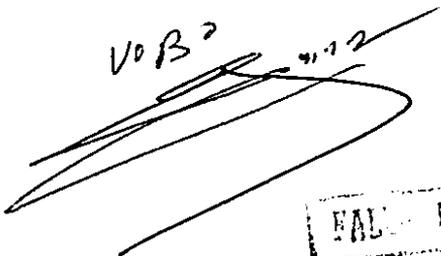
Dr. Fausto García Carrasco

Para obtener el Grado de:

CIRUJANO GENERAL

México, D.F.

1988

*V0 B?*  
*4/12*  


FECHA DE ORIGEN

  
FACULTAD DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
C. M. LA RAZA



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

# ABSCESO PANCREATICO. DRENAJE POR VIA EXTRAPERITONEAL.

## INDICE

	Pág.
ANTECEDENTES HISTORICOS	1
DEFINICION	1
EPIDEMIOLOGIA	1
ETIOLOGIA	2
FISIOPATOLOGIA	2
VIAS DE DISEMINACION	4
DIAGNOSTICO	4
TRATAMIENTO	4
OBJETIVO	10
MATERIAL Y METODOS	10
RESULTADOS	10
DISCUSION	20
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFIA	25

## ABSCESO PANCREATICO. DRENAJE POR VIA EXTRAPERITONEAL.

ANTECEDENTES HISTORICOS.- Aunque la anatomía del páncreas fué descrita por primera vez por Rufus de Efeso hace 19 siglos, hasta 1889 Fitz llevó a cabo la primera descripción clinicopatológica de la pancreatitis aguda. En 1907 - Brewer informó los hallazgos clínicos de un paciente con absceso pancreático y una técnica de drenaje. Bittorf en 1913 enfatiza la importancia de los estudios radiográficos en el diagnóstico del absceso pancreático, cuatro años más tarde Davis efectuó la primera intervención quirúrgica exitosa en este padecimiento. Durante los 50 años siguientes las publicaciones científicas incluían uno ó dos pacientes solamente. En 1957 Felson informó seis casos de abscesos pancreáticos conteniendo gas y en 1963 Altemeier y Alexander reunieron 32 reportes de pacientes con supuración pancreática tratados en un período de 26 años (1).

En los últimos 20 años ha habido grandes avances en el conocimiento de la fisiopatología de la pancreatitis y los factores que pueden influenciar en el pronóstico lo que junto al desarrollo tecnológico de los auxiliares de diagnóstico ha permitido llevar a cabo el tratamiento quirúrgico en forma más oportuna. Aún cuando el manejo de las insuficiencias organo-funcionales en unidades de Terapia Intensiva ha disminuído la mortalidad durante la fase aguda de la pancreatitis, las complicaciones sépticas continúan siendo un problema de difícil solución.

DEFINICION.- El Absceso Pancreático es una colección supurativa peripancreática que puede acompañarse de necrosis tisular pancreática o peripancreática y surge como consecuencia de una pancreatitis aguda (2).

EPIDEMIOLOGIA.- El absceso pancreático se presenta en el 2 a 6% de los pacientes que se hospitalizan con pancreatitis aguda (2,3) y hasta en el 40 a 50% en quienes se efectúa cirugía temprana para desbridamiento ó drenaje biliar

durante un episodio de pancreatitis aguda (3,4). Es más frecuente en el hombre en una proporción de 2:1 en relación con las mujeres debido al mayor porcentaje de pancreatitis alcohólica en estos pacientes; la edad de presentación más frecuente es entre los 35 a 50 años (3,4,5).

La mortalidad operatoria al efectuar el drenaje ha sido del 30 al 50% en los últimos 30 años (3,4,6) aunque recientemente se han comunicado cifras de mortalidad más bajas, del 5 al 18% con manejo quirúrgico más oportuno (2,7). La morbilidad postoperatoria es considerablemente elevada con 80 a 90% de complicaciones mayores como son; hemorragia intraabdominal, peritonitis, fistulas entéricas, fistula pancreática, septicemia e insuficiencias organofuncionales.(4,5,7).

ETIOLOGIA.- La pancreatitis que con mayor frecuencia se complica con la formación de absceso pancreático es de origen alcohólico y en menor frecuencia de etiología biliar; otras causas menos frecuentes son debidas a trauma pancreático, hiperlipidemia e idiopáticas (2,3,4,5).

FISIOPATOLOGIA.- Independientemente de su etiología la activación de la cascada enzimática en el interior del páncreas da lugar a lesiones que van desde la congestión vascular, edema, infiltrado inflamatorio y formación de placas de esteatonecrosis hasta la solución de continuidad vascular, hemorragia pancreática o peripancreática, extensión de la esteatonecrosis hacia los epiplones, mesos y estructuras retroperitoneales y en las formas más graves se acompaña de necrosis pancreática. El tejido necrosado constituye un sustrato favorable para la colonización bacteriana y el desarrollo de infección, la que en fases iniciales tiende a localizarse, sin embargo, cuando la respuesta "local" del huésped falla, tiende a diseminarse originando una respuesta sistémica manifestada clínicamente con insuficiencias organofuncionales múltiples y muerte (8).

La vía de llegada de las bacterias al tejido pancreático no ha podido aclararse plenamente a pesar de los numerosos trabajos experimentales. Estudios en animales y la observación clínica indican predominancia de gérmenes gram negativos, particularmente E coli, lo que implica un origen endógeno debido a bacterias intestinales que invaden el área pancreática por vía hematológica (9), transmural y linfógena (10), a través de la bilis (11) ó por reflujo del quimo duodenal (12).

Además de la obstrucción del conducto común por un cálculo enclavado, - el espasmo y edema del esfínter de Oddi con reflujo de bilis al conducto pancreático, el aumento en la presión en los canalículos intrapancreáticos y la lesión de la mucosa ductal pancreática como desencadenantes de la pancreatitis aguda, está el papel de las bacterias en la inducción de la pancreatitis clínica y experimental (8,11,12). Las observaciones en el laboratorio sugieren que las bacterias son importantes pero no esenciales en el desarrollo de la pancreatitis (12,13); cuando el jugo pancreático está contaminado por gérmenes gram negativos el curso clínico de la pancreatitis es más grave y con episodios prolongados de dolor (14).

En los pacientes con pancreatitis aguda grave de la variedad necrotico-hemorrágica se ha comprobado que la contaminación del tejido necrótico por enterobacterias es frecuente y ocurre en forma temprana, incluso durante la primera semana de inicio del cuadro clínico y el porcentaje de contaminación más alto se encuentra entre la segunda y la tercera semana (15); momento en que con mayor frecuencia se puede establecer el diagnóstico de absceso pancreático (3). La presencia de bacterias en el tejido pancreático tiene varias implicaciones fisiopatológicas; la necrosis pancreática es más extensa cuando hay positividad en los cultivos del tejido dañado, la presencia de ascitis asociada es mayor, la frecuencia de insuficiencia respiratoria, renal y cardiovas-

cular es mas alta asi como la persistencia o recurrencia de la infección y - como consecuencia la mortalidad es mayor (15).

**VIAS DE DISEMINACION.**- La infección comienza en el área pancreática o tejido peripancreático, avanza a estructuras retroperitoneales a travez del mesocólon transverso, espacio subfrenico izquierdo, area perirenal, retroperitoneo del cólon descendente y rectosigmoides hasta la región escrotal del lado izquierdo; en el lado derecho puede involucrar el área subhepatica y retroperitoneo del cólon ascendente. Es mas frecuente la extensión sobre el lado izquierdo debido a que el daño tisular pancreatico predomina en cuerpo y cola. En casos más avanzados puede haber ruptura hacia la cavidad peritoneal, al duodeno, estómago, cólon transverso, cavidad pleural izquierda o bronquios (1,15) Fig. 1.

**DIAGNOSTICO.**- El absceso pancreático puede ser diagnosticado con mayor probabilidad entre la tercera y cuarta semana de evolución de una pancreatitis, en base a la presencia de fiebre, distención abdominal, masa palpable, hipotensión, derrame pleural, leucocitosis y mediante la utilización de auxiliares del diagnostico como la Tomografía Axial Computada y en menor posibilidad con Ultrasonografía, Serie Esofago-Gastro-Duodenal, cólon por enema y radiografías simple de abdomen y tórax. La Tomografía Axial Computada permite establecer la localización anatómica y su extensión y cuando se combina con la punción dirigida con toma de frotis y cultivo establece el diagnostico diferencial con colecciones no infectadas o un flemón pancreático (5,7,16).

**TRATAMIENTO.**- El manejo del absceso pancreático es quirúrgico y va encaminado a efectuar desbridamiento de todo el tejido necrotico infectado, lavado y drenaje que permita la salida continua del material purulento y tejido desvitalizado para evitar la recurrencia de la infección. Las posibilidades para llevar a cabo el drenaje del absceso pancreático son múltiples:

Fig. 1

---



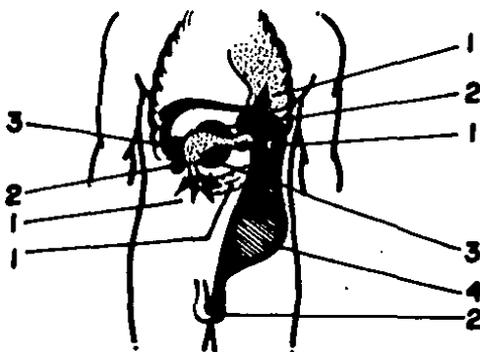
---

**VIAS DE DISEMINACION DEL ABSCESO PANCREATICO**


---



---



- 
- 
- 1.- SUPRARENAL IZQUIERDA, PERFORACION INTRAPERITONEAL, FISTULIZACION AL COLON TRANSVERSO Y BRONQUIOS DEL LADO IZQUIERDO.
  - 2.- PERFORACION INTRADUODENAL, EXTENSION SUPRAPANCREATICA Y ESCROTAL.
  - 3.- INFRAPANCREATICA Y SUBHEPATICA DERECHA.
  - 4.- EXTENSION RETROPERITONEAL IZQUIERDA.

A) DRENAJE CERRADO.- Mediante una incisión media o transversa se explora la cavidad peritoneal e identifica los sitios de extensión de la infección retro peritoneal; dependiendo de ello se prefiere el abordaje a través del mesocólon transverso (fig. 2) o mediante la apertura del epiplon gastrocólico, y -- correderas parietocólicas (fig. 3) . Se lleva a cabo la extracción digital - del tejido necrótico y después se hace una irrigación con solución salina iso tónica hasta obtener limpieza. Es recomendable drenar con varias canalizaciones de caucho suave y un tubo para irrigación y succión; la herida se cierra y los drenes se van retirando a medida que el proceso séptico va remitiendo. Este procedimiento tradicionalmente utilizado conlleva una mortalidad operativa entre 30 y 50% debido a la recurrencia de la infección; sin embargo, - Warshaw y Gongliang informan una disminución de la mortalidad de 38% a 5% en cinco años consecutivos mediante un desbridamiento mas amplio y oportuno (7).

B) DRENAJE ABIERTO.- Descrito por Bolooki (17) en 1968, el drenaje abierto ha resurgido con la publicación de Davidson y Bradley (18) como una alternativa de primera elección en el manejo del absceso pancreático, los autores recomiendan efectuar una incisión subcostal izquierda o bilateral en relación a la localización del absceso, se secciona el epiplon gastrocólico procurando no lesionar el estómago o el cólon que se encuentran adheridos y se extrae - el material infectado y necrozado en forma digital y mediante irrigación con solución salina isotónica. Se cubre el cólon, pancreas y vasos sanguíneos expuestos con gasas impregnadas con vaselina para evitar que se adhieran se completa el empaquetamiento colocando compresas húmedas atadas entre sí. Para evitar la evisceración se afronta la pared abdominal con suturas de nylon que - permanecen hasta que se hayan formado adherencias que sellen las asas intestinales alrededor de la herida. El empaquetamiento es cambiado cada 2 ó 3 días bajo anestesia general hasta que haya tejido de granulación suficiente y el -

Fig. 2

---

---

**ABSCESO PANCREATICO  
DRENAJE A TRAVES DEL MESOCOLON**

---

---

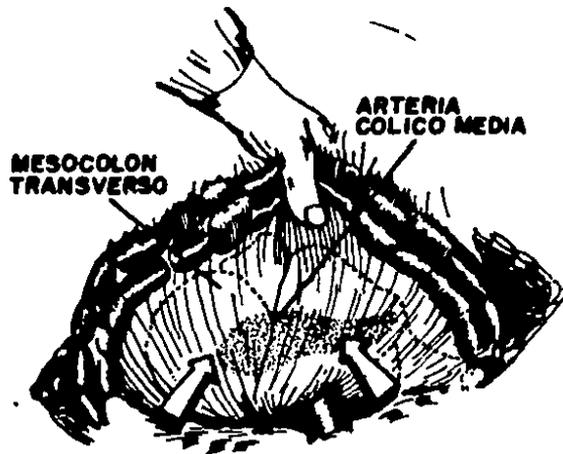


Fig. 3

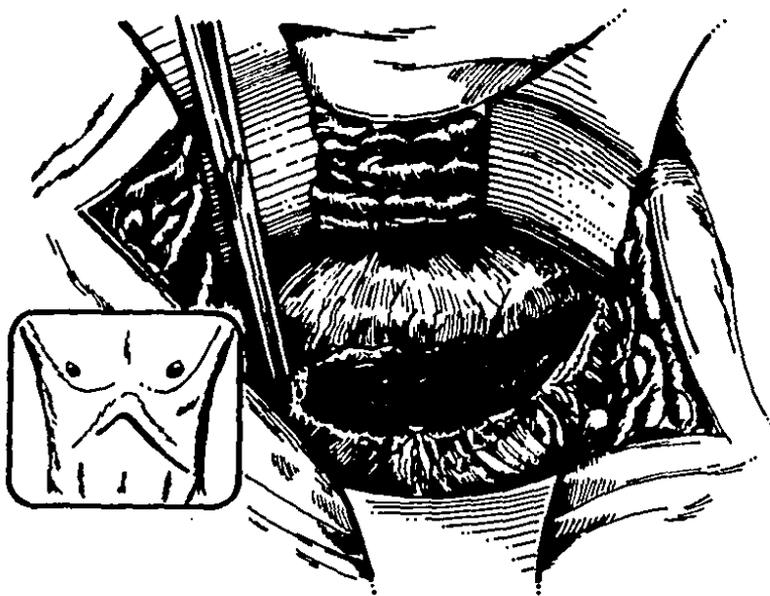
---

---

**ABSCESO PANCREATICO**  
**DRENAJE ABIERTO**

---

---



paciente tolere los cambios en su cama. Con este procedimiento es posible reducir la mortalidad operatoria hasta el 14% (19).

El drenaje abierto combinado con resección pancreática en 22 pacientes reportados por Stone permite reducir la mortalidad hasta un 9%.

C) DRENAJE ANTERIOR TRANSPERITONEAL COMBINADO CON DRENAJE POSTERIOR.- Se inicia el drenaje por vía anterior a través del peritoneo y cuando se ha localizado el absceso, una incisión posterior facilita la disección combinada por ambas vías con el fin de colocar los drenes en el sitio más declive (21,22).

D) OTROS PROCEDIMIENTOS DE DRENAJE.-A pesar de que se ha utilizado el drenaje percutáneo guiado por Tomografía Computada como procedimiento inicial en el manejo del absceso pancreático, es difícil drenar satisfactoriamente el tejido desvitalizado o comunicar entre sí las cavidades del absceso, de manera que solo es recomendable utilizarlo para establecer el diagnóstico diferencial con un flemón o colecciones no infectadas ó drenar pseudoquistes infectados ó abscesos bien delimitados de presentación tardía ó en pacientes con abscesos recurrentes bien localizados (5,7).

El drenaje con "marzupialización" de la pared del absceso a los bordes de la herida no es posible efectuarlo en el absceso pancreático primario, el cual está rodeado por órganos circunvecinos que lo limitan en forma poco precisa lo que impide la colocación de suturas que lo afronten a la piel ( 17,18,19)

En un intento de explorar frecuentemente el área afectada se han colocado cierres (zippers) que permiten el afrontamiento de la herida disminuyendo aparentemente la posibilidad de eventración (20).

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## ABSCESO PANCREATICO. DRENAJE POR VIA EXTRAPERITONEAL.

**INTRODUCCION.-** Lo frecuente de las complicaciones postoperatorias, la persistencia y recurrencia de la infección en el área peripancreática, ha obligado a los cirujanos a buscar estrategias o alternativas en su manejo quirúrgico. El absceso pancreático se disemina hacia el retroperitoneo por detrás del cólon ascendente o descendente, área perirenal, hacia el espacio subfrénico o retrogástrico, sitios donde en ocasiones la infección está limitada; por lo que es posible abordar estos espacios por vía extraperitoneal lo que disminuye la mortalidad al no abrir la cavidad peritoneal, sobre todo, cuando el paciente ha sido intervenido previamente, situación en la que el manejo quirúrgico se vuelve difícil y con alto riesgo de complicaciones (21,22)

**OBJETIVO.-** Este trabajo tiene como propósito informar la experiencia del Departamento de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza en el manejo quirúrgico del Absceso Pancreático mediante abordaje extraperitoneal.

**MATERIAL Y METODOS.-** En un lapso de dos años se atendieron en el Departamento de Cirugía General 61 pacientes con pancreatitis aguda grave, de ellos 25 (41%) desarrollaron abscesos pancreáticos confirmados quirúrgicamente, doce fueron drenados por vía extraperitoneal y constituyen el motivo de este trabajo. No se incluyen los enfermos con pseudoquistes pancreáticos infectados.

De los doce enfermos, diez (83%) habían sido operados previamente, en dos el drenaje del absceso fué la primer intervención, se analiza la etiología, gravedad de la pancreatitis, cuadro clínico, procedimientos auxiliares del diagnóstico, el tratamiento quirúrgico realizado, la morbilidad y la mortalidad.

**RESULTADOS.-** El sexo, edad de los enfermos y etiología se ilustra en el cuadro I, cinco enfermos fueron mujeres y siete hombres, con edad variable entre 18

CUADRO I  
 ABSCESO PANCREATICO  
 ETIOLOGIA

PANCREATITIS BILIAR	PANCREATITIS ALCOHOLICA
5 MUJERES	7 HOMBRES
TOTAL: 12 PACIENTES.	
EIDADES= 18 A 68 AÑOS . $\bar{X}$ =36 AÑOS.	

CUADRO II  
 ABSCESO PANCREATICO  
 MANIFESTACIONES CLINICAS

SINTOMAS O SIGNOS	No PACIENTES	%
FIEBRE	11	92
DOLOR ABDOMINAL	11	92
HIPERSENSIBILIDAD CUTANEA	8	67
MASA PALPABLE	7	58
NAUSEA O VOMITO	7	58
DISTENSION ABDOMINAL	6	50
ICTERICIA	4	33

y 68 años y un promedio de 36, la pancreatitis fué de origen biliar en cinco y alcohólica en siete. En los varones predominó la etiología etílica y en las mujeres la biliar.

La pancreatitis fué grave necrótico hemorrágica en los doce enfermos, no fué posible aplicar los criterios de Ranson, ya que muchos enfermos no fuéron vistos durante el periodo inicial de la pancreatitis, sin embargo, tenían entre cinco y siete de los criterios de gravedad descritos en una publicación previa (8), con un promedio de 5.1.

Las manifestaciones clínicas mas frecuentes se consignan en el cuadro II.

Como puede verse el dolor y la fiebre fuéron los síntomas más frecuentes, seguidos de hipersensibilidad cutánea, masa palpable, nauseas y vómitos, la - distensión abdominal y la ictericia fuéron menos frecuentes. El diagnóstico - clínico se formuló basandose en los antecedentes y en los síntomas y signos antes mencionados. Las insuficiencias organofuncionales y complicaciones más frecuentes pueden observarse en el cuadro III.

La acidosis metabólica se presentó en el 67% de los enfermos, casi siempre acompañó a las insuficiencias organofuncionales, algunos enfermos presentaron varias de ellas, las más frecuentes fueron; la insuficiencia respiratoria (50%), choque séptico (33%) y la insuficiencia renal aguda (25%). Tres enfermos presentaron hemorragia gastrointestinal por úlceras agudas de stress, en dos se presentó insuficiencia cardiaca, ambos cursaban también con insuficiencia respiratoria, un paciente que recibía nutrición parenteral total presentó coma hiperosmolar que lo llevó a la muerte.

Los exámenes de laboratorio de mayor utilidad se consignan en el cuadro IV.

El aumento de los leucocitos por arriba de 10,000/cc y el incremento de

CUADRO III  
ABSCESO PANCREATICO  
COMPLICACIONES

---

COMPLICACION	No PACIENTES	%
ACIDOSIS METABOLICA	8	67
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	6	50
CHOQUE SEPTICO	4	33
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	3	25
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL	3	25
INSUFICIENCIA CARDIACA	2	17
COMA HIPEROSMOLAR	1	8

---

**CUADRO IV**  
**ABSCESO PANCREATICO**  
**EXAMENES DE LABORATORIO**

EXAMEN	No PACIENTES	%
<b>LEUCOCITOSIS</b>		
> 20,000	1	8
15 A 20,000	5	42
10 A 15,000	4	33
< 10,000	2	17
DESHIDROGENASA LACTICA > 350 U.I/lt	10	83
GLICEMIA > 100 mg/dl	9	75
FOSFATASA ALCALINA > 4.5 UB/lt	7	58
CALCIO SERICO < 8 mg/dl	7	58
ALBUMINA SERICA < 3 gm/dl	6	50
BILIRRUBINAS > 1.2 mg/dl	4	33
TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALOACETICA > 40 U/dl	4	33
AMILASA > 180 U.S.	3	25

**CUADRO V**  
**ABSCESO PANCREATICO**  
**AUXILIARES DEL DIAGNOSTICO**

ESTUDIO	POSITIVOS	%
TOMOGRFIA AXIAL COMPUTADA	6/8	75
TELERADIOGRAFIA DE TORAX	6/8	75
RADIOGRAFIA SIMPLE DE ABDOMEN	7/12	58
SERIE GASTRODUODENAL	3/6	50
ULTRASONOGRAFIA	4/9	45
COLON POR ENEMA	1/1	100

La DHL fueron las alteraciones más frecuentes, seguidas de hiperglicemia, aumento de la fosfatasa alcalina y disminución del calcio sérico; la albúmina disminuyó en la mitad de los enfermos como consecuencia de la desnutrición y la sepsis. El aumento de las bilirrubinas y transaminasas por "hepatitis reactiva" ocurrió en la tercera parte de los enfermos, el aumento de la amilasa sérica fué poco frecuente, ocurrió en la cuarta parte de los enfermos por persistencia de la pancreatitis en el páncreas residual.

El cuadro V ilustra la utilidad de los diferentes procedimientos auxiliares del diagnóstico.

La tomografía axial computarizada fué el estudio más útil para localizar los abscesos y determinar su extensión, en 75% de los enfermos se estableció el diagnóstico exacto, en 11 de ellos, el absceso se localizó en cuerpo y cola y en el restante en la cabeza del páncreas. En la teleradiografía de tórax había derrame pleural de predominio izquierdo en el 75% de los enfermos, en la placa simple de abdomen en siete pacientes (58%) había datos indirectos de inflamación pancreática o sugestivos de absceso, como son asa centinela, desplazamiento del gas del estómago o cólon y moteado gaseoso fuera del tracto gastrointestinal. En la mitad de los enfermos en quienes se llevó a cabo serie esofagogastroduodenal había rechazamiento del cuerpo y antro del estómago hacia arriba y adelante con imágenes en burbujas de jabón en el área retrogástrica. El ultrasonido solo fué útil en cuatro de nueve pacientes (45%), este estudio se realizó en pocos enfermos por la presencia de heridas abdominales y drenajes, su utilidad fué limitada por la presencia de íleo y gas intestinal. El cólon por enema solamente se efectuó en un enfermo, el desplazamiento y alteraciones del cólon transversal fueron orientadores para el diagnóstico.

En ocho pacientes se tomaron cultivos del material drenado y en dos -

hemocultivo, como puede verse en el cuadro VI la mitad fueron positivos para dos gérmenes, E. coli y Klebsiella, en seis se aisló un solo microorganismo: Proteus, E. coli y Klebsiella respectivamente. En dos pacientes con datos de septicemia se tomó hemocultivo, ambos fueron positivos con desarrollo de E.-coli.

Diez enfermos (83%) habían sido intervenidos quirúrgicamente, en quienes se habían realizado 14 operaciones, con un promedio de 1.4 operaciones por enfermo, en el cuadro VII se consignan la gran variedad de procedimientos quirúrgicos empleados, en ocasiones se utilizaron varios de ellos en el mismo enfermo. A los cinco pacientes con pancreatitis biliar se les efectuó colecistectomía y drenaje de la vía biliar, en cinco se había realizado drenaje transperitoneal del absceso, en cuatro se habían colocado drenajes retroperitoneales alrededor del páncreas aumentado de tamaño, con zonas de hemorragia y necrosis, aún sin la formación de absceso, la laparotomía fue solamente diagnóstica en dos enfermos, en uno de ellos operado fuera de la unidad se llevó a cabo colecistectomía, gastrostomía, yeyunostomía y drenaje peripancreático (operación de Lawson). Solamente en un paciente se había realizado pancreatetectomía temprana del 60% y en uno más únicamente se efectuó lavado peritoneal.

MANEJO QUIRURGICO.- En diez enfermos el abordaje extraperitoneal del absceso fué a través de una incisión subcostal izquierda, que a partir del borde externo del recto anterior se extendió hasta la línea axilar posterior, se rechazó el peritoneo y por detrás del cólon y del bazo, llegandose al área peripancreática, se extrajo el tejido necrótico, se lavó ampliamente y se canalizó con sondas fenestradas de silastic o caucho suave número 32 a 34, las que se utilizaron para succión y lavado postoperatorio. En dos pacientes el drenaje se efectuó por vía posterior después de llevar a cabo la resección

CUADRO VI  
 ABSCESO PANCREATICO  
 BACTERIOLOGIA

BACTERIA (S)	No POSITIVOS	%
E. coli + Klebsiella	4	50
Proteus	2	25
E. coli	1	12.5
Klebsiella	1	12.5
Hemocultivo positivo a E.coli	2/2	100

CUADRO VII  
 ABSCESO PANCREATICO  
 CIRUGIA PREVIA. 10 ENFERMOS (83%)

PROCEDIMIENTO	No. PACIENTES	%
COLECISTECTOMIA Y COLEDOCOSTOMIA	5	42
DRENAJE TRANSPERITONEAL DEL ABSCESO	5	42
DRENAJE PERIPANCREATICO VIA TRANSPERITONEAL ( SIN ABSCESO)	4	33
LAPAROTOMIA EXPLORADORA (DIAGNOSTICA)	2	17
OPERACION DE LAWSON	1	8
PANCREATECTOMIA TEMPRANA (60%)	1	8
LAVADO PERITONEAL	1	8
TOTAL DE INTERVENCIONES EFECTUADAS	14	
PROMEDIO POR ENFERMO	1.4	

subperiostica de la 12ª costilla. En dos enfermos se hizo una incisión en fosa iliaca, paralela al ligamento inguinal, a través de ella se rechazó el cólon hacia adentro y se llegó al retroperitoneo, lo que permitió el drenaje de un absceso de cabeza en el lado derecho y uno del cuerpo y cola en el izquierdo. (Ver cuadro VIII).

MORBIMORTALIDAD.- La mayoría de los enfermos tuvieron una evolución tórpida, con la aparición de una o varias complicaciones o insuficiencias organofuncionales, en diez pacientes (83%) sufrieron complicaciones que se consignan en el cuadro IX, algunos enfermos presentaron varias de ellas.

La infección de la herida quirúrgica fué la complicación más frecuente (83%) su tratamiento consistió en drenaje y lavado de la misma, cinco enfermos presentaron insuficiencia respiratoria que ameritó soporte ventilatorio, cuatro (33%) presentaron fístula pancreática que cerró espontáneamente en un lapso de cuatro a seis semanas, la insuficiencia renal consecutiva a hipovolemia y la misma sepsis ocurrió en la cuarta parte de los enfermos, dos presentaron septicemia, dos fístula yeyunal y uno fístula gástrica, en estos pacientes mediante la administración de nutrición parenteral completa se consiguió el cierre de las mismas. Como complicaciones tardías dos enfermos desarrollaron diabetes Mellitus y uno insuficiencia pancreática exócrina.

De los 12 enfermos dos fallecieron (17%) ambos con septicemia e insuficiencia orgánica múltiple, en uno de ellos la necropsia demostró que el amplio drenaje retroperitoneal llevado a cabo, era adecuado, sin contaminación de la cavidad peritoneal, aunque este procedimiento fué tardío ya que existían lesiones sistémicas irreversibles.

Estos resultados se pueden considerar satisfactorios sobre todo si se comparan con los obtenidos en los pacientes en quienes el drenaje de los abscesos pancreáticos se efectuó por vía transperitoneal, de estos pacientes

CUADRO VIII  
 ABSCESO PANCREATICO  
 TRATAMIENTO QUIRURGICO

VIA DE ABORDAJE	No. PACIENTES	%
INCISION SUBCOSTAL IZQUIERDA	10	83
INCISION POSTERIOR CON RESECCION DE LA 12ª COSTILLA	2	17
INCISION INGUINAL	2	17

CUADRO IX  
 ABSCESO PANCREATICO  
 COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS. 10 ENFERMOS (83%)

COMPLICACION	No. PACIENTES	%
INFECCION DE LA HERIDA	10	83
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	5	42
FISTULA PANCREATICA	4	33
INFECCION SISTEMICA	2	17
FISTULA YEYUNAL	2	17
FISTULA GASTRICA	1	8
MUERTES	2	17

12 (92.3%) presentaron complicaciones y 4 (30.7%) fallecieron como se aprecia en el cuadro X.

DISCUSION.- El absceso pancreático es una complicación grave, con alta morbilidad y mortalidad, la que aumenta ostensiblemente cuando no se diagnostica y trata oportunamente, cuando se habla de abscesos pancreáticos se piensa en colecciones purulentas desarrolladas en pleno parénquima sobre tejido hemorrágico o necrótico, sin embargo, en estos enfermos la necrosis e infección se extiende al tejido graso retroperitoneal, inclusive estos abscesos pueden aparecer después de pancreatectomías totales o parciales a partir del tejido glandular residual o del lecho pancreático, por lo que la connotación es más amplia.

El diagnóstico no siempre es sencillo, la presencia de fiebre, leucocitosis, masa abdominal palpable, septicemia e insuficiencia orgánica múltiple debe sugerir su presencia, la que se corrobora con los estudios auxiliares del diagnóstico, de los que la tomografía axial computarizada es la más útil, permite establecer su localización, extensión y relación con órganos vecinos, sin embargo en el 15% de los casos no es posible establecer con precisión el diagnóstico diferencial entre absceso y flemón pancreático el que solamente es un proceso inflamatorio; en estos enfermos está indicada la exploración quirúrgica si existen antecedentes de pancreatitis grave o cirugía pancreática, y aparece de deterioro progresivo con septicemia e insuficiencia orgánica múltiple.

Los resultados del tratamiento quirúrgico informados en la literatura son variables con mortalidad del 50 al 5%, lo que se debe a que no existe uniformidad en los criterios de selección, incluyéndose pseudoquistes infectados o colecciones retroperitoneales de otro origen (5,16,17).

Los procedimientos quirúrgicos que han dado mejores resultados son el drenaje abierto controlado y el drenaje cerrado, en el primero el área pancreática se empaqueta con gasas impregnadas de vaselina u otra sustancia que impida su adherencia a organos vecinos, se cierra la pared con puntos totales para -

## CUADRO X

## ABSCESO PANCREATICO

## MANEJO QUIRURGICO EN 25 PACIENTES

VIA DE ABORDAJE	TRANSPERITONEAL	EXTRAPERITONEAL
	No. PACIENTES	No. PACIENTES
TOTAL	13	12
MORBILIDAD (Complicaciones mayores)	12 (92.3%)	10 (83%)
MORTALIDAD	4 (30.7%)	2 (17%)

prevenir evisceración, cada dos a tres días se efectúa el cambio de las gasas o compresas unidas entre sí, hasta que ceda la infección y exista tejido de granulación, con este procedimiento se ha informado una mortalidad del 14 al 18% (2). En el drenaje cerrado se colocan múltiples tubos de pen rose en la cavidad del absceso, combinados con tubos de drenaje conectados a succión los que se extraen por contra aberturas, la pared abdominal se cierra totalmente, se han informado cifras de mortalidad hasta del 5% (7). El Dr. Stone y cols (20) utilizando el drenaje abierto combinado con resección pancreática informa una mortalidad del 9%.

El drenaje de los abscesos pancreáticos a través de la cavidad peritoneal tiene el riesgo de contaminación, lesión de vísceras abdominales, formación de adherencias, abscesos residuales, con una morbilidad del 85 al 90% y una mortalidad hasta del 50%, el drenaje extraperitoneal disminuye estas complicaciones y abate la mortalidad. En ocasiones es necesario efectuar el drenaje combinado, anterior a través de la cavidad peritoneal y por vía posterior extraperitoneal, para dejar las canalizaciones en la parte más declive. (21,22).

La persistencia de los abscesos pancreáticos o recurrencia de los mismos es frecuente, ocurre en el 30 a 70% de los casos, por lo que estos enfermos - habitualmente requieren varias intervenciones quirúrgicas, de nuestros enfermos en nueve (75%) ya se había drenado previamente el retroperitoneo por vía trans peritoneal, en cinco (42%) para drenar el absceso y en cuatro (33%) para drenar colecciones no infectadas. En pacientes que ya han sido sometidos a una o varias intervenciones, con infección de la pared abdominal o presencia de fistulas una vez localizado el absceso por medio de TAC, placas simples de abdomen o estudios baritados del tracto gastrointestinal, el abordaje del retroperitoneo por una incisión lo más cercana posible a la colección purulenta, evita el manejo de las vísceras abdominales y disminuye las complicaciones.

Aunque el número de enfermos estudiados es pequeño, podemos considerar que los resultados son alentadores, ningún paciente presentó recidiva del absceso, únicamente fallecieron dos pacientes (17%) lo que contrasta con la mortalidad del 30.7% cuando se utilizó la vía transperitoneal de drenaje.

Desde luego que el tratamiento debe ser multidisciplinario, para mejorar las condiciones generales del enfermo en el preoperatorio y tratar las complicaciones en el postoperatorio. Es necesario efectuar la corrección de las alteraciones hemodinámicas, de la coagulación y metabólicas, el apoyo ventilatorio y procedimientos dialíticos en enfermos con insuficiencia renal aguda, así como el uso racional de drogas y antimicrobianos, pero sobre todo el diagnóstico oportuno y drenaje adecuado, de preferencia extraperitoneal, el que debe realizarse por personal capacitado en el manejo de estos enfermos. Lo anterior ha contribuido a disminuir en forma significativa las cifras de mortalidad.

La evolución postoperatoria de estos enfermos es prolongada y penosa, el cuidado de catéteres, curación de heridas infectadas y el lavado de cavidades abscedadas requiere tiempo y paciencia. Estos pacientes con frecuencia no toleran la vía oral, o existen contraindicaciones para utilizarla por no existir tránsito gastrointestinal normal, o bien por persistencia de la actividad de la pancreatitis, presencia de fístulas gastrointestinales o pancreáticas; en estos casos el uso de dieta enteral por yeyunostomía o nutrición parenteral total constituyen una valiosa ayuda.

#### CONCLUSIONES.-

- 1) Es posible efectuar el drenaje adecuado del absceso pancreático por vía Extraperitoneal.
- 2.- Evita la contaminación de la cavidad peritoneal.
- 3.- A pesar de la alta morbilidad en nuestros enfermos, ninguno requirió reintervención.

- 4.- Es una buena alternativa en pacientes multioperados.
- 5.- En abscesos pancreaticos localizados a una región anatómica del retroperitoneo puede ser el procedimiento de elección.
- 6.- Nuestros resultados son comparables a los obtenidos en otras instituciones en donde la mortalidad operatoria ha disminuido con el manejo más oportuno.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Steedman R.A., Doering R, Carter: Surgical aspects of Pancreatic Abscess. Surg Gynecol Obstet 1967; 125:757.
- 2.- Pemberton J H, Becker J M, Dozois R R, Remine W H: Controlled Open Lesser Sac Drainage for Pancreatic Abscess. Ann Surg 1986; 203:600.
- 3.- Ranson J H, Spenser F C: Prevention, diagnosis, and treatment of pancreatic abscess. Surgery 1977; 82:99.
- 4.- Warshaw A L, Imbembo A L, Civetta J M, Dagget W M: Surgical intervention in acute necrotizing pancreatitis. Am J Surg 1974, 127:484.
- 5.- Malangoni M A, Richardson J D, Shallcross J C, Seiler J G, Polk H C: Factors contributing to fatal outcome after treatment of pancreatic abscess. - Ann Surg 1986; 203:605.
- 6.- Altemeier W A and Alexander J W: Pancreatic abscess. Arch Surg 1963; 87:80.
- 7.- Warshaw A L, Gongliang J. Improved survival in 45 patients with pancreatic abscess. Ann Surg 1985; 202:408.
- 8.- Gutiérrez S C: "Pancreatitis necrotico hemorragica". Rev Gastroenterol - Méx 1985; 50:187.
- 9.- Webster M W, Pasculle A W, Myerowitz R L, Rao K N, Lombardi B: Postinduction bacteremia in experimental acute pancreatitis. Am J Surg 1979; 138:418.
- 10.- Warshaw A L Inflammatory masses following acute pancreatitis. Surg Clin North Am 1974; 54:620.
- 11.- Konok G, Thompson A G: Pancreatic ductal mucosa as a protective barrier in the pathogenesis of pancreatitis. Am J Surg 1969; 117:18.
- 12.- Byrne J J, Joison J: Bacterial regurgitation in experimental pancreatitis. Am J Surg 1964; 107:317.
- 13.- Nance F C, Cain J L: Hemorrhagic pancreatitis in germfree dogs. Surg - Forum 1967; 18:365.

- 14.- Gregg J A: Detection of bacterial infection of the pancreatic duc in patients with pancreatitis and pancreatic cancer during endoscopic cannulation of the pancreatic duct. Gastroenterology 1977; 73:1005.
- 15.- Beger H G, Bittner R, Block S, B uchler M: Bacterial contamination of pancreatic necrosis. Gastroenterology 1986; 91:433.
- 16.- Ranson J H: Acute pancreatitis: Pathogenesis, outcome and treatment. Clin Gastroenterology 1984; 13:843.
- 17.- Bolooki H, Jaffe B, Gleidman M L: Pancreatic abscesses and lesser omental sac collections. Surg Gynecol Obstet 1968; 126:1301.
- 18.- Davidson E D, Bradley E L III: "Marzupialization" in the treatment of - pancreatic abscess. Surgery 1981; 89:252.
- 19.- Bradley E L III, Fulenwider J H: Open treatment of pancreatic abscess.- Surg Gynecol Obstet 1984; 159:509.
- 20.- Stone H H, Strom P R, Mullins R J: Pancreatic abscess management by subtotal resection and packing. World J Surg 1984; 8:340.
- 21.- Berne T V, Donovan A J: Synchronous anterior celiotomy and posterior - drainage of pancreatic abscess. Arhc Surg 1981; 116:527.
- 22.- Villaz n S A, Baqueiro C A, Villaz n D O. Experiencia en el tratamiento quirúrgico de la pancreatitis aguda grave en el Hospsital Español. Rev -- Gastroenterol Mex 1985; 50:209.