

11209  
42  
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
E INVESTIGACION

HOSPITAL REGIONAL  
" LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS "  
I. S. S. S. T. E.


PANCREATITIS NECROTICO HEMORRAGICA:  
FRECUENCIA, TRATAMIENTO  
Y COMPLICACIONES.

TRABAJO DE INVESTIGACION  
QUE PARA OBTENER  
EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE

C I R U G I A      G E N E R A L

PRESENTA

DR. JORGE JESUS DE LA GUERRA BERLIN

  
DR. JORGE ROBLES ALARCON  
COORDINADOR DE  
CAPACITACION, DESARROLLO  
E INVESTIGACION

  
DR. JOSE LUIS ANAYA ROCHA  
PROFESOR TITULAR  
DE LA ESPECIALIDAD

MEXICO, D.F. NOVIEMBRE 1990

FALLA DE ORIGEN



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 está 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**

**1. RESUMEN**

**2. INTRODUCCION**

**3. MATERIAL Y METODOS**

**4. RESULTADOS**

**5. CONCLUSIONES**

**6. TABLAS Y GRAFICAS**

**7. BIBLIOGRAFIA**

## RESUMEN

Dieciséis pacientes con diagnóstico de pancreatitis necrótico-hemorrágico fueron manejados en el servicio de cirugía general del Hospital Regional " Lic. Adolfo López Mateos " del I.S.S.S.T.E. Todos fueron sometidos a tratamiento quirúrgico , efectuándose en total 41 cirugías y 65 procedimientos. Se encontró que la etiología mas frecuente fue la biliar, presentándose en el 50% de los casos (8), y el 25% de los casos (4), estuvo presente la post-alcohólica al igual que la post-traumática también en el 25% de los casos (4). Los dieciséis casos fueron manejados quirúrgicamente en primera instancia, teniendo que ser reoperados entre dos y cinco veces, con un promedio de 3.9 por enfermo, la complicación mas frecuente de la pancreatitis necrótico-hemorrágica fue la sepsis abdominal secundaria a absceso pancreático.

La mortalidad puede ser reducida identificando a los pacientes con riesgo alto de presentar complicaciones, del mismo modo que aquellos que presenten pancreatitis grave, la laparatomía temprana en estos pacientes, y la instalación de drenajes en retroperitoneo, evitando la contaminación de la cavidad abdominal hasta donde sea posible en la primera intervención, así como en las subsiguientes, disminuye la mortalidad en este padecimiento.

**PALABRAS CLAVE. PANCREATITIS NECROTICO-HEMORRAGICA.  
LAPARATOMIA TEMPRANA. DRENAJES.**

## SUMMARY

This is a retrospective study of sixteen patients underwent surgical treatment with necrohemorrhagic pancreatitis at the " Adolfo Lopez Mateos " Hospital. We have forty one surgeries and sixty seven procedures in total. The most common cause was biliar ethiology (50%) eight patients, the second cause was alcoholic and traumatic ethiology (25%).

All sixteen patients had complications and where reoperated because abdominal sepsis and pancreatic abscess. We performed surgery between 2 to 5 times. We had high mortality secondary in most cases to alcoholic and traumatic causes.

The most elevated mortality was presented in the patients with posttraumatic and post alcoholic pancreatitis. It is thought that the mortality can be reduced by identifying the patients with a higher risk of presenting complications, like those that present severe pancreatitis.

The mortality can be reduced knowing the patients with high risk to present some complications, at the same time can present pancreatitis, the laparotomy in this cases thus drainage placed in retroperitoneo, avoiding contamination abdominal cavity, until can be posible in the first surgical time as the subsequent surgical interventions decreasing the mortality in this disease.

KEY WORDS. NECROTICHEMORRAGIC PANCREATITIS. EARLY LAPARATOMY. DRAINAGES.

## INTRODUCCION

El término pancreatitis aguda se usa para describir inflamación pancreática, cuya evolución clínica puede variar de los síntomas crónicos leves durante muchos años, al deterioro rápido y la muerte en el lapso de pocas horas o días. (1, 2, 10, 3).

La pancreatitis aguda, es considerada como una inflamación pancreática que posteriormente puede seguir con restablecimiento clínico y biológico de la glándula, cuando se elimina el factor primario que la causa, sin embargo es una de las patologías de diagnóstico más difícil dentro de los padecimientos del aparato digestivo y que por consiguiente su tratamiento en muchas ocasiones no es el adecuado, debido a diagnósticos equivocados y esto ocasiona mayor índice de morbi-mortalidad, ya que este padecimiento puede cursar con síntomas leves hasta síntomas graves, ya que pueden producir el deterioro rápido de las condiciones del paciente, y posteriormente la muerte del mismo, por lo que el diagnóstico temprano es sumamente importante en los servicios de urgencias de un hospital. (3, 4, 15).

El dolor abdominal es el síntoma principal dominante y está presente en el 90% al 100% de los casos, ubicado principalmente en la parte alta del abdomen y es constante, se irradia hacia la espalda en el 50% de los pacientes y puede ser severo, asociándose en la mayoría de los casos a una comida rica en grasas o a la ingesta excesiva de alcohol, su intensidad aumenta rápidamente pero su comienzo es menos súbito que el dolor que presenta una úlcera péptica perforada. Otros síntomas notables son la náusea y el vómito que se observa en el 90% de los pacientes, también existe distensión abdominal, plenitud epigástrica, sensibilidad generalizada más marcada en la parte alta del abdomen, el espasmo muscular es usual, la rigidez es poco frecuente. Cuando hay hemorragia se puede observar el signo de Turner en el flanco del paciente con hemorragia intraabdominal. (16, 1, 2).

La determinación de amilasa sérica es el estudio de laboratorio más importante para apoyar el diagnóstico, ya que la determinación de lipasa es más específica pero más difícil de practicarse. (5, 8, 10).

Las radiografías del tórax y abdomen deben tomarse rutinariamente y muestran datos variables. (6).

La ultrasonografía y la tomografía computada de abdomen son de gran valor para el diagnóstico. (6, 9, 10, 14).



Esta dificultad para el diagnóstico es debida a la similitud en su sintomatología con otras enfermedades del tracto digestivo. Su etiología puede ser variable, y los hallazgos histopatológicos pueden variar desde el edema pancreático hasta el infarto hemorrágico, por lo que se considera que el manejo de los pacientes debe de individualizarse, y que actualmente en el 80% de los pacientes podría encontrarse el antecedente de cálculos biliares o abuso en el consumo de alcohol. Aunque existen en la literatura reportes que han identificado más de sesenta factores causales de pancreatitis. (3, 4, 10).

Se dice que cuando se efectua el diagnóstico preciso y temprano, la mortalidad oscila entre un 10% y un 30% aunque la pancreatitis aguda grave con extensa necrosis, la mortalidad se aproxima al 100%. (1, 2, 5).

La sintomatología clínica en la pancreatitis es variable, en algunos casos puede semejar un infarto agudo de miocardio o algunas enfermedades abdominales.

Se han ensayado hasta ahora diversos procedimientos quirúrgicos con resultados muchas veces contradictorios y en general poco satisfactorios, el lavado peritoneal continuo produce mejoría dramática pero no definitiva, las ostomias representan una terapia de apoyo sin cambiar la evolución natural de la enfermedad, la pancreatectomía subtotal se acompaña frecuentemente de mejoría hemodinámica con muerte tardía por sepsis, y actualmente está en boga el uso del lavado peritoneal continuo. (2, 10, 11, 12, 13).

## MATERIAL Y METODOS

En el servicio de Cirugía General del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del I.S.S.S.T.E. en el periodo comprendido del primero de marzo de 1988 al treinta de septiembre de 1990, se revisaron en total 27 pacientes con el diagnóstico de pancreatitis.

Incluyéndose para el presente estudio, dieciséis pacientes con pancreatitis necrótico hemorrágica y que ameritaron tratamiento quirúrgico, los once casos restantes se excluyeron por presentar pancreatitis edematosa manejados en forma médica. La indicación quirúrgica fue siempre por repercusión sistemática grave, con diversos grados de falla orgánica, en unos por falta de respuesta al tratamiento médico y en otros por sepsis.

Se analizó sexo, edad, etiología y tratamiento quirúrgico, así como las reintervenciones y sus complicaciones, se analizó el porcentaje de mortalidad y supervivencia y sus posibles causas.

No se incluyeron los parametros de Ranson por tratarse de pacientes que ameritaron cirugía de urgencia a su ingreso, o en los días subsecuentes y, además porque no existe protocolo para estos pacientes en nuestro servicio, por lo que se aplicó el criterio clínico y los indicadores ya mencionados en párrafo previo así como los antecedentes de cada paciente.

Se clasificó a los pacientes con pancreatitis aguda según su etiología, considerándose como biliar cuando se corroboró la presencia de cálculos biliares en el pre o transoperatorio, o cuando se encontró patología de las vías biliares sin cálculos pero sin antecedentes de alcoholismo.

Se consideró que la etiología era alcohólica cuando existía ausencia de patología biliar pero sí antecedentes de etilismo.

Las lesiones pancreáticas encontradas en el transoperatorio se clasificaron: a.- pancreatitis edematosa, b.- pancreatitis necrótico hemorrágica, c.- abscesos pancreáticos.

Se registraron así mismo las complicaciones postoperatorias en todos los casos y las reintervenciones quirúrgicas.

## RESULTADOS

De los dieciséis pacientes manejados en el servicio por pancreatitis necrótico hemorrágica y sus complicaciones, el promedio de edad fue de 52.8 años, la edad mínima fue de 24 años, y la máxima fue de 76 años, con una media de 50 años.

Diez pacientes fueron del sexo masculino y seis del sexo femenino, con una relación de 1.6:1. Los antecedentes más frecuentes fueron: enfermedad biliar en ocho pacientes (50%), en cuatro pacientes alcoholismo (25%), y en cuatro pacientes post traumática (25%). (Gráfica # 1).

Globalmente catorce pacientes (87.5%), tuvieron pancreatitis severa, y solo dos (12.5%), pancreatitis moderada en base a los hallazgos quirúrgicos. En la exploración quirúrgica se encontró que trece pacientes (81.25%), presentaron pancreatitis necrótico hemorrágica, y en tres pacientes (18.75%), pancreatitis edematosa.

En la primera intervención, se practicaron las siguientes cirugías: Procedimiento de Lawson en seis de las que tuvieron el diagnóstico de pancreatitis biliar, en los 4 pacientes con trauma abdominal que dió origen a pancreatitis, en el primero se practicó esplenectomía, lobectomía hepática izquierda y pancreatectomía distal; en el segundo paciente se practicó cierre de perforación de cuerpo de estómago, esplenectomía sin pancreatectomía, lavado de cavidad y colocación de drenajes; en el tercer caso de pancreatitis traumática se trató de trauma cerrado de abdomen y que a los ocho días se operó con el diagnóstico de pancreatitis efectuandosele secuestrectomía, así como instalación de drenajes retroperitoneales y hemicolectomía izquierda.

El último caso de pancreatitis post traumática, se le practicó resección de cola de páncreas y esplenectomía, secuestrectomía y drenaje. De los cuatro pacientes restantes, dos con diagnóstico de pancreatitis biliar y dos con pancreatitis alcohólica, se manejaron con laparotomía temprana, drenaje del retroperitoneo y lavados continuos por los drenajes con solución fisiológica.

Uno de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis alcohólica, presentó al décimo día datos de abdomen agudo, encontrándosele en el transoperatorio necrosis de colon transverso efectuándosele resección de colon transverso con cierre primario, falleciendo cinco días después por sepsis abdominal. (tabla 1).

En total, se practicaron 41 cirugías con los siguientes procedimientos: seis colecistectomías, trece drenajes de absceso, tres esplenectomías, una hemicolectomía izquierda, una transversectomía, dos nefrectomías, dos pancreatectomías distales, doce drenajes de absceso subfrénico, dieciséis yeyunostomías para alimentación, una lobectomía hepática, una toracotomía con ventana pericárdica y seis gastrostomías. (tabla 2).

Entre las complicaciones postoperatorias más graves se observó: Absceso pancreático en trece, necrosis de colon izquierdo, necrosis de mesocolon transverso en uno, absceso subfrénico en doce, abscesos retroperitoneales en trece, fístula de colon en dos, desgarró de colédoco en tres y evisceración en cinco pacientes. (tabla 3).

Las complicaciones no quirúrgicas más frecuentes fueron: choque séptico en nueve, síndrome de insuficiencia respiratoria progresiva del adulto en cinco, sangrado de tubo digestivo alto en cinco, falla orgánica múltiple en trece, insuficiencia renal en seis, derrame pleural en cinco y coagulación intravascular diseminada en tres.

Fallecieron trece pacientes (81.25%), seis de pancreatitis biliar, tres de pancreatitis alcohólica, y cuatro de pancreatitis pos-traumática; cuyos porcentajes fueron: (37.5%, 18.75%, 25%, respectivamente). (tabla 4).

Los tres pacientes que sobrevivieron (dos con pancreatitis biliar, y uno con pancreatitis post-alcohólica), fueron manejados de la siguiente manera:

Laparotomía exploradora inicial, para elevar la magnitud del proceso y su localización, resección de segmentos con alteración necrohemorrágica evidente, lavado y drenaje retroperitoneal precoz al inicio de manifestaciones sépticas, instalación de irrigación continua del retroperitoneo a través de drenajes rígidos, con el objeto de tener un lavado adecuado, reintervención temprana en cuanto se observó inestabilidad hemodinámica o datos incipientes de sepsis.



En estos pacientes se procuró evitar la contaminación de la cavidad abdominal mediante drenaje lateral del retroperitoneo, efectuándose las reintervenciones necesarias para mantener el drenaje adecuado evitando la contaminación de la cavidad abdominal.

## CONCLUSIONES

ESTA TESIS NO DEBE  
SER DE LA BIBLIOTECA

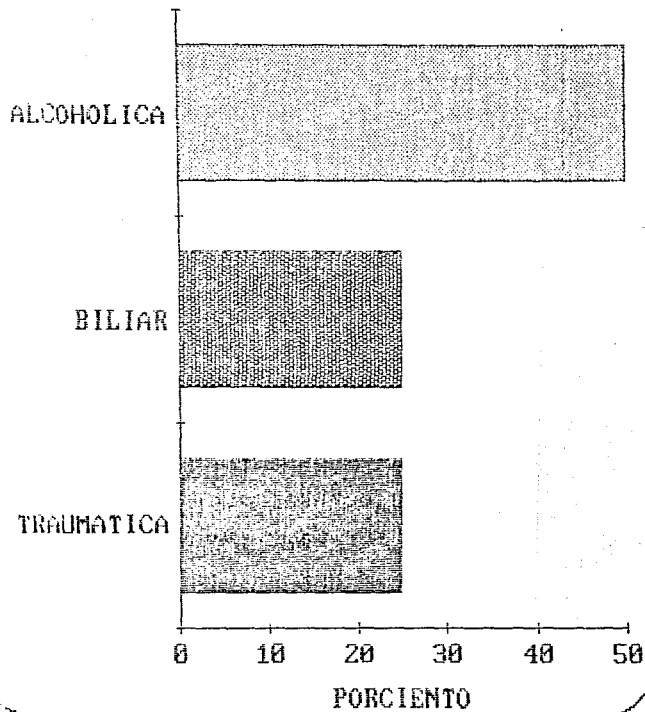
En nuestra experiencia la patología biliar sigue siendo la causa más frecuente de pancreatitis (50%). al igual como se reporta en el resto del mundo, la mortalidad elevada por pancreatitis complicada con infección bacteriana, solo podrá reducirse al identificar a los pacientes que presenten un riesgo alto de infección secundaria, en especial a los que hayan sido operados en forma temprana, el uso de drenaje temprano del retroperitoneo sin contaminación de la cavidad abdominal disminuye la mortalidad en estos pacientes.

El porcentaje de reintervención de la literatura es del 45% de los casos, en nuestro medio fue del 100%, el tiempo entre la primera operación y la última varió de 10 a 38 días con un promedio de 26.5 días, en la mayoría de ellos se reoperaron con el fin de mantener el equilibrio hemodinámico y mantener un adecuado drenaje retroperitoneal, y también para remover el tejido necrótico infectado. La mortalidad de los abscesos pancreáticos de la literatura mundial es del 50 al 68%, en nuestra experiencia fue del 81.25%, (trece de dieciséis pacientes). La causa principal de la muerte fue la sepsis, que presentó en el 81.25% de los pacientes.

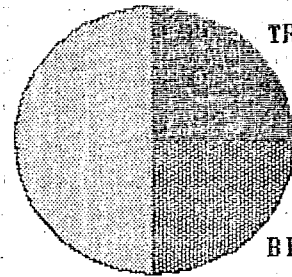
En nuestro estudio no se incluyó ningún paciente tratado por medio de resección pancreática, ya que en los dieciséis expedientes revisados en ninguno se efectuó dicho procedimiento. La pancreatitis aguda grave y sus complicaciones continúan siendo un reto para su manejo puesto que la morbi-mortalidad continúa siendo muy elevada a pesar del equipo multidisciplinario que maneja estos pacientes.

PANCREATITIS NECROTICO HEMORRAGICA

GRAFICA 1



ALCOHOLICA



TRAUMATICA

BILIAR

FUENTE DE ARCHIVO CLINICO DEL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

# T A B L A 1

C I R U G I A S	Nº DE CASOS
PROCEDIMIENTO DE LAUSON	6
ESPLENECTOMIAS	3
LOBECTOMIA HEPATICA IZQUIERDA	1
PANCREATECTOMIA DISTAL	2
CIERRE DE PERFORACION DE ESTOMAGO	1
HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA	1
TRANSVERSECTOMIA	1
DRENAJE DE RETROPERITONEO CON INSTALACION DE DRENES	3

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DEL HOSPITAL REG. " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS "

## T A B L A 2

O P E R A C I O N E S	41
COLECISTECTOMIAS	6
DRENAJE DE ABSCESO PANCREATICO	13
ESPLENECTOMIAS	3
HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA	1
TRANVERSECTOMIA	1
NEFRECTOMIAS	3
PANCREATECTOMIA DISTAL	2
DRENAJE DE ABSCESO SUBFRENICO	12
YEYUNOSTOMIA PARA-ALIMENTACION	16
GASTROTOMIA	6
LOBECTOMIA HEPATICA	1
VENTANA PERICARDIA	1
PROCEDIMIENTOS :	65

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DEL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

### T A B L A 3

COMPLICACIONES	50
ABSCESO PANCREATICO	13
NECROSIS DE COLON IZQUIERDO	1
NECROSIS DE COLON TRANSVERSO	1
ABSCESO SUBFRENICO	12
ABSCESO RETROPERITONEAL	13
FISTULA DE COLON	2
DESGARRO DE COLEDOCO	3
EVISERACION	5

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DEL HOSPITAL REG. " LIC. ADOLFO LOPEZ HATEOS "

T A B L A 4

ETIOLOGIA	No DE CASOS	DEFUNCION	%
BILIAR	8	6	37.5
ETILICA	4	3	18.75
TRAUMATICA	4	4	25
TOTAL	16	13	81.25

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DEL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"



## BIBLIOGRAFIA

1.- Najarian S. Jhon, Delaney P. Jhonn y cols.: Cirugía del hígado, páncreas y vías biliares. Editorial Científico-Médica, 241-253; 1980.

2.- Villazon Sahagún A. y Cols.: Experiencia en el tratamiento quirúrgico de la pancreatitis aguda grave en el Hospital Español, Rev. Gast. Mex. 50: 3, 1985.

3.- Frei. J. Gary y Victoria y Cols.: Biliary Pancreatitis: Clinical presentation and surgical management. J. of Surg. 102: 576-580, 1986.

4.- Prorok J. Joseph et al.: Early Definitive Surgery for acute pancreatitis associated with Cholelithiasis. Am. J. Surg. 1986.

5.- Steinberg L. William et al.: Diagnostic assays in acute pancreatitis Ann. of med.: 102: 576-580; 1985.

6.- Maureen E. White et al.: Pancreatic necrosis: CT manifestations radiol. Ann. of med. 158: 343-346; 1986.

7.- Mayer A. David et al.: Controlled Clinical Trial of peritoneal lavage for treatment of severe acute pancreatitis. Med. J. 312: 399-404; 1985.

8.- Blamey S. L. et al.: Prognosis factors in acute pancreatitis gut 25: 1340-1346; 1984.

9.- Nordestgaard A. G. et al.: Early Computerized Tomography as a predictor of outcome in acute pancreatitis. Am. J. Surg. 152: 127-131; 1986.

10.- Maignot Rodney et al.: Operaciones abdominales. Editorial Médica Panamericana. 2: 1963-1997; 1986.

11.- Nardback Isto. et al.: Complications after pancreatitis resection for acute pancreatitis necrotizing pancreatitis. Ann. Surg. 204: 128-132; 1986.

12.- Ranson John. et al.: Surgical treatment of acute pancreatitis, Am. J. Surg. 25: No. 6; 1980.

13.- Mc Clave Stephen. et al.: Pancreatitis Abscess. 10 Years experience at University of South Florida. Am. J. Surg. 81: 180-183; 1987.

14.- Rotman Nelly et al.: Computerized Tomography in the evaluation of the late complications of acute pancreatitis. Am. J. Surg. 152: 225-230; sept. 1986.

15.- Williamson R. C. N. et al.: Early assesment of severity in acute pancreatitis. Ann. Surg. 189: 645-657; 1979.

16.- Ranson John et al.: The Timing of Biliary Surgery in acute pancreatitis. Ann. Surg. 189: 654-657; 1979.