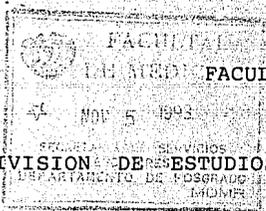


11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

I S S S T E

PANCREATITIS AGUDA GRAVE Y SUS COMPLICACIONES

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA:

DR. ALEJANDRO LOPEZ GOMEZ

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN

CIRUGIA GENERAL

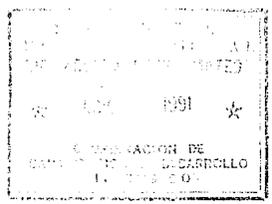
*[Signature]*  
DR. JAVIER DAVILA TORRES  
COORDINADOR DE CAPACITACION  
DESARROLLO E INVESTIGACION

*[Signature]*  
DR. ALFREDO DELGADO CHAVES  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO  
DE CIRUGIA GENERAL

*[Signature]*  
DR. AMADO GOMEZ ANGELIC  
COORDINADOR DE CIRUGIA  
GENERAL



15 NOV. 1991



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ISSSTE Subdirección General Médica  
Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación  
Departamento de Investigación



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

	pag.
Resumen .....	1
Introducción .....	3
Material y métodos .....	7
Resultados .....	8
Discusión .....	9
Conclusiones .....	11
Gráficas .....	13
Bibliografía .....	21

R E S U M E N

En el siguiente estudio, se revisaron 74 expedientes clínicos en el H. R. "Lic. Adolfo López Mateos", de septiembre de 1989 a agosto de 1991, todos los pacientes cuyo diagnóstico de ingreso fué de pancreatitis aguda y que se les haya realizado un procedimiento quirúrgico como manejo de su enfermedad; fueron incluidos en el estudio a 14 pacientes, 11 mujeres y 3 hombres, con edad promedio de 51 años, con rangos de edades de los 24 a los 83 años.

Los factores etiológicos encontrados, fueron de patología biliar a 11 pacientes, 10 mujeres y 1 hombre; 2 pacientes alcohólicos 1 mujer y 1 hombre; y 1 paciente masculino de etiología traumática.

Las técnicas quirúrgicas empleadas fueron 11 colecistectomías, 14 lavados retroperitoneales con colocación de drenajes retroperitoneales, 11 necrosectomías, 1 gastrostomía, 1 resección de tejido pancreático y una anastomosis pancreato-yeyunal.

Las complicaciones encontradas fueron en 5 pacientes, 35.7% - del total de pacientes estudiados, y fueron las siguientes: 3 pseudoquistes, todos en mujeres de etiología biliar; 1 fístula pancreáto-cutánea en 1 hombre de etiología traumática; y colédoco litiasis residual en una mujer de etiología biliar. El manejo de las -- complicaciones fué: en las pacientes con pseudoquiste, a uno se le realizó cistogastro-anastomosis al mes de diagnóstico, uno tuvo resolución espontanea a los 9 meses corroborado por T.A.C., y otro tuvo resolución secundaria a esfinterotomía por endoscopia, juntocon extracción de cálculo residual con canastilla de Dormia; el ma nejo de las fístula pancreáto-cutánea fué con resección de la fístula a los 4 meses de diagnosticada.

La mortalidad en este grupo fué de 64.4%; la etiología biliar prevaleció en el 78% de los pacientes, quedando el alcoholismo en el 14% y la etiología traumática en el 7.1%.

Palabras claves: Pancreatitis Aguda Gráve y Sus Complicaciones.

## S U M M A R Y

In the present study, the medical records of 74 patients, were reviewed, in the Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" , - from september of 1989 to august of 1991; 14 patients were enrolled in the study and in whom surgical procedure was practiced for management of their disease, and all developed Severe Acute Pancreatitis; 11 of these patients were female and 3 males, with a middle age of 51 years in a range between 24 to 83 years.

The etiology factors found, were biliary pathology in 11 patients, 10 female and 1 male; 2 alcoholic cause, 1 female and 1 male, and 1 male traumatic cause.

The surgical techniques performed were: 11 cholecystectomy, 14 retroperitoneal wash, 11 necrosectomies, 1 gastrostomy, 1 pancreatic debridement tissue and 1 pancreato jejunal anastomosis.

5 patients presented complications, that is 35%, as follows: - 3 pseudocyst, all female biliary cause, and residual coledocoliths in 1 female of biliary cause, and 1 pancreato cutaneous fistula in male of traumatic cause. The management of the complications were: in the patients with pseudocyst performed to one patient cystogastrostomy one month after diagnosed, one had spontaneous resolution 9 months after, confirmed by TC, another patient had resolution posteriorly to esferotomy endoscopy, in the same time was removed residual gallstones with Dormia basket; the management of the pancreato cutaneous fistula was the fistula resection four months after diagnostic was made.

The mortality was 64.4%; the biliary cause was 78%, the alcoholic cause was 14% and traumatic cause was 7.1%.

Key words: Severe Acute Pancreatitis.

## I N T R O D U C C I O N

La pancreatitis aguda es una enfermedad tan antigua como la humanidad, y se define como una inflamación del tejido pancreático, que puede ser seguida por el restablecimiento clínico y biológico de la glándula, si se elimina el estímulo primario, e incluye a diversas etapas clínicas que varían de síntomas leves y autolimitados, hasta un rápido deterioro y la muerte por falla orgánica múltiple. Los factores iniciadores son múltiples y los hallazgos patológicos varían desde el edema pancreático a el infarto hemorrágico y la necrosis de la glándula. Se debe individualizar al paciente por su etiología y características de la enfermedad, para valorar el mejor tratamiento tanto médico como quirúrgico. (4,7).

El 60% de los pacientes con pancreatitis aguda grave (PAG), tienen antecedentes de cálculos en las vías biliares; el 9.5% de los pacientes tienen antecedentes de alcoholismo por más de 10 años, con un consumo de alcohol aproximado de 166 ml. por día. Existen otros factores etiológicos como son la cirugía abdominal, el traumatismo abdominal profundo y algunas enfermedades metabólicas.

Toda la variedad de cambios celulares, hemodinámicos, vasculares e histológicos a nivel local y general, son iniciados por un estímulo primario, el cual produce vasodilatación venular local, con apertura de los espacios endoteliales a nivel capilar y fuga de líquido plasmático, proteínas de bajo peso molecular y mastocitos, estos cambios contribuyen a producir edema a nivel local, deshidratación intravascular local, produciendo isquemia y necrosis si persiste el estímulo. - (8,28).

Los mastocitos extravasados en el sitio lesionado, secretan quininas, prostaglandinas, leucotrienos y varios factores reactantes producidos en el proceso agudo de la inflamación. Estos factores a nivel local aumentan la isquemia y lesión de la glándula, y al pasar a la circulación general producen diferentes cambios, los cuales son característicos de la enfermedad.

Existe hipocalemia, que es debida a uniones del calcio en las áreas de necrosis grasa peripancreática.

La hipotensión, taquicardia, aumento de las resistencias periféricas y disminución del volumen minuto, son secuelas de la hipotensión, la cual es persistente debido a la acción de las quininas formadas por enzimas proteolíticas pancreáticas.

La hipoxemia es producida por disminución del volúmen inspiratório con menor distensibilidad pulmonar y capacidad de difusión, hay congestión pulmonar, microatelectasias e infarto que involucran a SIRPA; además existe insuficiencia renal aguda, la cual es debida a depósito de fibrina y fibrinógeno en el glomérulo.

Se produce trombosis intravascular debida a efectos de las enzimas proteolíticas pancreáticas. Esto aumenta la isquemia distal al sitio lesionado.

Las manifestaciones clínicas consisten en dolor abdominal transitorio, de inicio en epigástrico que irradia a espalda en forma de hemiciinturon, progresivo, se acompaña de náusea y vómito, con distensión abdominal; existe tendencia a la hipotensión y taquicardia.

Por laboratorio se encuentra amilasaemia, hiperglicemia e hipocalcemia. Ferguson publica en 1990, el potencial diagnóstico que tienen varias antiproteasas para la pancreatitis aguda, mencionando que la necrosis pancreática es determinada por reacciones que elevan en la sangre la alfa antitripsina mayor de 200 mg/dl. la proteína C reactiva mayor de 10 mg/dl. y la alfa 2 macroglobulina menor de 150-mg/dl. (5).

La evaluación pronóstica de todos los pacientes debe estar basada en la evaluación clínica integral, los datos de laboratorio y los datos de gabinete, siendo de gran utilidad los datos tomográficos,-- (28), de los cuales podemos obtener la cantidad de tejido pancreático que se encuentra hipoperfundido, de los que inferimos que se encuentra lesionado. (19).

Además debemos de tomar en cuenta los criterios pronósticos de Ransohr y los criterios de Bank, indispensables para el mejor manejo de pacientes con PAG. (2, 11).

El tratamiento médico deberá ser dado a todo paciente en que se ha diagnosticado pancreatitis aguda, se decida o no el manejo quirúrgico. (6).

El manejo quirúrgico de la pancreatitis aguda grave debe ser -- considerado en cinco propósitos generales:

- a) Diagnóstico.
- b) Mejoría de un ataque agudo.
- c) Tratamiento de las complicaciones específicas.
- d) Prevención de una pancreatitis recurrente.
- e) Ayuda en una pancreatitis prolongada.

El tratamiento temprano, ayuda a limitar la severidad del proceso inflamatorio agudo ó a interrumpir la patogenia de las complica--ciones; encontrandose dentro de estas categorías el drenaje pancreá--tico, el lavado retroperitoneal, la resección y el debridamiento y - los procedimientos biliares. (12, 17) El drenaje está indicado con - perfusión de 6 a 8 litros de solución hipertónica con 100,000 Ui de--inhibidor de la Kalicreina en cada 500 ml. de solución para cada 24--horas, reduciendose las cantidades de líquidos en los siguientes 10--días de iniciado el tratamiento. Este lavado tiene la finalidad de a--rrastar las sustancias vasoactivas que se están produciendo en el --páncreas, impidiendo su acción a nivel sistémico (1, 3, 9, 18).

Las principales complicaciones de la pancreatitis aguda grave - son:

- a) Pseudoquiste de páncreas.
- b) Absceso pancreático.
- c) Pancreatitis prolongada.
- d) Perforaciones gastrointestinales. (24)
- e) Fístulas pancreaticas. (13, 14)

El pseudoquiste de páncreas, tiene las características de no tener un epitelio, tiene una frecuencia de presentación del 1% en gene--ral y cuando se presenta es más frecuente en hombres 52.2%, se rela--ciona con litiasis biliar en el 45% y alcoholismo en el 3.5% de los--pacientes que los presentan, generalmente tiene una presentación úni--ca, y es más frecuente en la cabeza del páncreas; tiene una resolu--ción espontanea en el 20% de los casos y el dato clínico más frecuen--te es el dolor. Su control deberá realizarse con colangiopancreato--grafía endoscópica, ultrasonido y T.A.C. (9,10,16,20,25).

El óptimo manejo de un pseudoquiste no infectado con paredes ma--duras es el drenaje interno a el estómago, duodeno ó yeyuno; y para--el pseudoquiste de paredes inmaduras es la punción. (21)

Los pseudoquistes aparecen infectados en el 30% de los pacien--tes en que se presentan, el tipo de bacterias prevalecen las colóni--cas.

Existen tres formas diferentes de colección pancreática infecta--da y cada una requiere de un tratamiento diferente.

1.- Absceso pancreático, caracterizado por extensiva infección--parenquimatosa, con necrosis que requiere debridamiento y lavado qui--rúrgico.

2.- Pseudoquistes no infectados, asociados con manifestaciones sistémicas de infección, con paredes inmaduras, que son mandatorias de un drenaje externo, el cual puede realizarse con catéter percutáneo.

3.- Pseudoquiste infectado, en pacientes que no muestran datos de toxemia y con paredes maduras, es apropiado para un drenaje interno. (25)

De los pacientes que desarrollan una pancreatitis aguda grave, el 10% tiene una complicación mayor y el 1% de estos pacientes forma un absceso pancreático; El diagnóstico se realiza por los datos clínicos y por hallazgos radiográficos por T.A.C.. Teniendo en cuenta la severidad que tiene una colección necrótica, es importante la detección temprana. El tratamiento específico se puede realizar por punción ó por el abordaje anterior y el debridamiento del tejido necrótico.

Cuando se presenta una pancreatitis recurrente, se debe buscar el factor etiológico causante, el cual es generalmente la litiasis biliar, teniendo que dar el tratamiento quirúrgico específico para manejarla.

La pancreatitis prologada se presenta en el 1% de los pacientes manejados con medidas conservadoras, teniendo que realizarse los estudios pertinentes para llegar al diagnóstico etiológico, el cual es generalmente cálculos en la vía biliar, a lo cual hay que dar el manejo quirúrgico específico.

Las perforaciones intestinales se presentan en el 1% de los pacientes que tienen una PAG, estas perforaciones pueden ser el resultado de colocación de catéteres, punciones ó lesiones quirúrgicas, el tratamiento depende de la situación del segmento perforado, con formación de colostomía y fístula mucosa si es necesaria.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se revisaron 74 expedientes en el archivo clínico del H. R. --- "Lic. Adolfo López Mateos" de pacientes que padecieron pancreatitis-aguda; durante el periodo que comprendió de septiembre de 1989 a agosto de 1991; recibiendo del departamento de estadística los datos necesarios para la obtención de los expedientes.

Se escogieron para el estudio únicamente a los pacientes que recibieron algún manejo quirúrgico como tratamiento de su enfermedad.- Quedando dentro del estudio 14 pacientes, 11 mujeres y 1 hombre con rangos de edad de los 24 a los 83 años, con un promedio de 51 años de edad.

Se dividieron para su estudio de acuerdo a sus factores etiológicos en biliar, alcohólica y traumática, estudiandose el tiempo de evolución del inicio de la enfermedad hasta la curación, la formación de alguna complicación o la muerte.

Dentro de los estudios que fueron valorados como parte del diagnóstico y manejo de estos pacientes estuvo la tomografía axial computarizada T.A.C., ultrasonido (USG) y colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Así mismo se consideraron el laboratorio de rutina: biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, enzimas pancreáticas y pruebas de función hepática, para valorar el estado clínico del paciente.

Todos los pacientes recibieron manejo en la unidad de cuidados intensivos del hospital, desde su ingreso al servicio de urgencias, durante su tratamiento pre y postoperatorio, hasta su mejoría o la muerte.

## R E S U L T A D O S

De los 14 pacientes estudiados, se observó predominio en los rangos de edad de los 24 a los 35 años y de los 60 a los 71 años -- con 4 pacientes; hubo menor prevalencia de los 36 a los 47 años con un paciente. (Gráfica y cuadro 1)

Los factores etiológicos encontrados, de los pacientes estudiados fueron: biliar 11 pacientes, 10 mujeres y 1 hombre (78.5%); alcoholismo en 2 pacientes, 1 mujer y 1 hombre (14.4%); y traumática en un paciente masculino (7.1%). (Gráfica y cuadro 2)

Las técnicas quirúrgicas utilizadas fueron: colecistectomía en 11 pacientes (78.5%), todos de etiología biliar; lavado retroperitoneal y colocación de drenajes en 14 pacientes (100%); necrosectomía en 11 pacientes (78.5%), 9 de etiología biliar y 2 de etiología alcohólica; gastrostomía en 1 paciente (7.1%), de etiología traumática. Se aclara que 1 paciente no se le realizó necrosectomía por no aceptar transfusión sanguínea, debido a razones religiosas. (Gráfica y cuadro 3)

Las complicaciones se encontraron en 5 pacientes (35.7%) y fueron: pseudoquiste de páncreas en 3 mujeres, de etiología biliar; -- fístula pancreato-cutánea en 1 paciente masculino, de etiología -- traumática; y coledoco litiasis residual en 1 paciente femenina, de etiología biliar. (Gráfica y cuadro 4)

La mortalidad se presentó en 6 pacientes de etiología biliar, -- 5 mujeres y 1 hombre; 2 pacientes alcohólicos, 1 mujer y 1 hombre; -- y 1 paciente de etiología traumática masculino, el cual falleció al año 2 meses del inició de su enfermedad por infarto al miocardio. -- (Gráfica 5)

El tratamiento que recibieron las complicaciones fué para el pseudoquiste: cistogastro-anastomosis en 1 paciente al mes de iniciada su enfermedad; desaparición espontánea en un paciente a los 9 meses, corroborada por laparotomía exploradora; y desaparición espontánea del pseudoquiste en un paciente a los 5 meses después de esfinterotomía con endoscopio, al mismo tiempo que se extrae cálculo residual con canastilla de Dormia; al paciente con fístula pancreato cutánea, se realizó fistulectomía a los 6 meses de iniciada su enfermedad.

## D I S C U S I O N

La pancreatitis sigue siendo una enfermedad, cuya importancia radica en varios factores: su diagnóstico, la evaluación pronóstica, el manejo médico y quirúrgico, el tiempo en que se realiza el tratamiento quirúrgico, la detección temprana de sus complicaciones y la alta mortalidad que tiene.

En nuestro medio, la etiología biliar prevalece, teniendo un porcentaje de 78.5%, seguida de la etiología alcohólica con un porcentaje de 14%, teniendo diferente porcentaje que en los países más desarrollados, donde predomina la etiología alcohólica. El factor etiológico biliar predominante, hace necesario la búsqueda de esta patología en todos los pacientes con pancreatitis aguda grave.

Es necesario realizar a todos los pacientes cuyo diagnóstico de ingreso sea pancreatitis aguda, T.A.C., USG y laboratorio: biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, enzimas pancreáticas y pruebas de función hepática. Para valorar la etiología y el estado clínico en que se encuentra el paciente.

La mejor valoración clínica del paciente a su ingreso al servicio de urgencias, permite dar en forma temprana el manejo médico y quirúrgico que requiere el paciente.

El tratamiento quirúrgico, debe estar contemplado como posibilidad diagnóstica, para mejorar un ataque agudo, como tratamiento de las complicaciones en forma específica, para la prevención de una pancreatitis recurrente y para ayudar a una pancreatitis prolongada.

Las medidas quirúrgicas contemplan el drenaje pancreático, la resección y debridamiento de tejido pancreático necrótico y los procedimientos de tipo biliar.

En nuestro medio es utilizado el debridamiento con colocación de drenajes, basandose en el hecho de que se retira el tejido afectado, impidiendo la acción de las enzimas pancreáticas y factores reactivos de proceso agudo a nivel local y generalizado.

En el manejo quirúrgico temprano se debe identificar en que pacientes se tiene alto riesgo de muerte o de presentar una complicación, la cantidad de tejido necrótico que deberá ser resecada, y cuál es el mejor momento para realizar el acto quirúrgico. Estos parámetros son valorados de acuerdo a los datos clínicos y tomográficos.

Dentro de las técnicas quirúrgicas realizadas prevaleció el lavado retroperitoneal y la colocación de drenajes, que se efectuó en todos los pacientes, seguida de la colecistectomía y exploración de las vías biliares que se realiza en 78.5% de los pacientes, lo mismo que la necrosectomía. La gastrostomía se realizó en 1 paciente, este procedimiento se encuentra actualmente en desuso para esta enfermedad debido a que no se han encontrado diferencias estadísticas cuando no se realiza.

Las complicaciones se presentaron en el 35.7% de los pacientes, las estadísticas mundiales mencionan que se presentan complicaciones en el 10% de los pacientes. Las diferencias con nuestro estudio se pueden explicar, ya que todos nuestros pacientes padecieron pancreatitis aguda grave, quedando excluidos aquellos pacientes que no se realizó algún procedimiento quirúrgico.

La mortalidad del grupo estudiado fue de 64.2%, siendo prácticamente igual a las estadísticas mundiales donde la mortalidad es del 60%.

## CONCLUSIONES

La pancreatitis es una enfermedad, cuya principal etiología en nuestro país es biliar 78.5% y alcohólica 14%.

El tratamiento quirúrgico temprano de la enfermedad, permite -contrarrestar los efectos tóxicos que producen las enzimas pancreáticas y los factores reactantes de la fase aguda de la inflamación, además de ayudar a limitar la severidad del proceso inflamatorio y -interrumpir la patogenia de las complicaciones.

La base del tratamiento quirúrgico temprano es el diagnóstico de la necrosis del tejido pancreático, el cual depende de los datos clínicos, tomográficos y de las antiproteasas alfa antitripsina mayor de 200mg/dl., la alfa 2 macroglobulina menor de 150 mg/dl. y la proteína C reactiva mayor de 10 mg/dl., las cuales no es común que se realicen en nuestro medio.

Los principales procedimientos quirúrgicos realizados en nuestro hospital, son el lavado retroperitoneal, la resección y debridamiento de tejido pancreático necrótico con colocación de drenajes y los procedimientos biliares. La práctica de estos procedimientos se basa en los principios etiológicos y la fisiopatogenia de la enfermedad.

Las complicaciones se presentan en el 10% de todos los pacientes que padecen de pancreatitis aguda grave, y son principalmente - las colecciones de fluido pancreático sea o no infectado y la fístula pancreática.

La mortalidad es de 64.2%, y se presenta por falla orgánica -- múltiple.

PANCREATITIS AGUDA GRAVE  
Y  
SUS COMPLICACIONES

CUADRO: 1

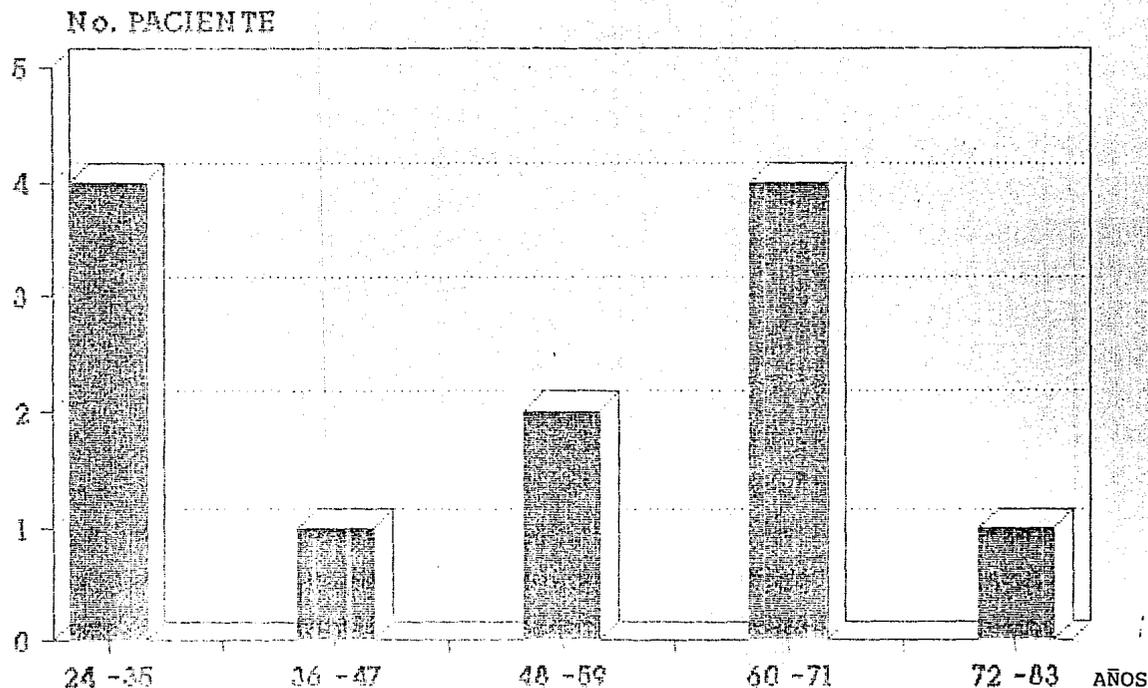
NO. DE PACIENTES POR RANGO DE  
EDAD Y SEXO.

NO. DE PACIENTES		EDAD PROMEDIO
M	H	
11	3	51

HOSPITAL REGIONAL

"LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

# PANCREATITIS AGUDA GRAVE



H.R. LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

**PANCREATITIS AGUDA GRAVE  
Y  
SUS COMPLICACIONES**

**CUADRO: 2  
FACTORES ETIOLOGICOS**

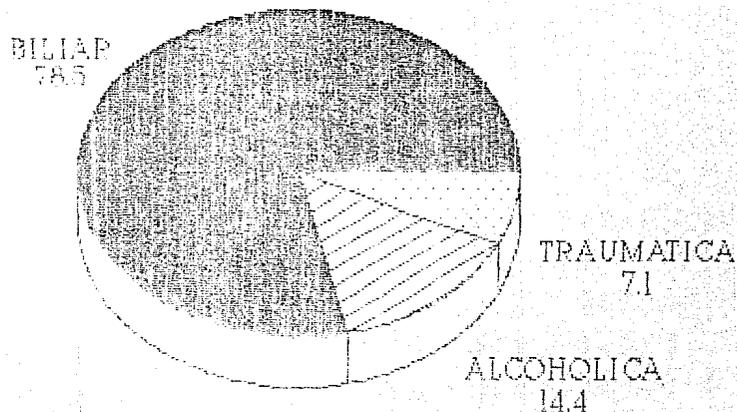
ETIOLOGIA	NO. DE PACIENTES		TOTAL	PORCENTAJE
	M	H		
BILIAR	10	1	11	78.5%
ALCOHOLICA	1	1	2	14.4%
TRAUMATICA	0	1	1	7.1%

HOSPITAL REGIONAL

"LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

# PANCREATITIS AGUDA GRAVE

## FACTORES ETIOLOGICOS



GRAFICA #2

H.R. "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

**PANCREATITIS AGUDA GRAVE  
Y  
SUS COMPLICACIONES**

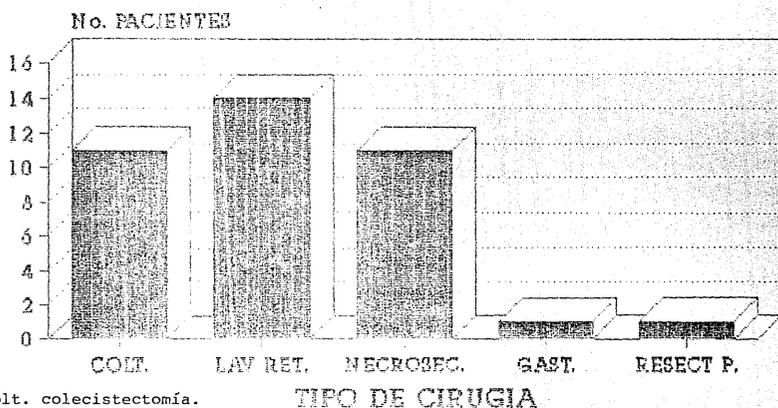
**CUADRO: 3  
TECNICAS QUIRURGICAS REALIZADAS**

	NO. DE PACIENTES		PORCENTAJE	ETIOLOGIA		
	H	M		B	A	T
COLECISTECTOMIA	1	10	78.5%	11	0	0
LAVADO RETROPERITONEAL Y COLOCACION DE DRENAJES	3	11	100%	11	2	1
NECROSECTOMIA	1	10	78.5%	9	2	0
GASTROSTOMIA	0	1	7.1%	1	0	0
RESECCION PANCREATICA Y ANASTOMOSIS P.Y.	1	0	7.1%	0	0	1

**HOSPITAL REGIONAL  
"LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"**

# PANCREATITIS AGUDA GRAVE

## TECNICA QUIRURGICA EMPLEADA



Colt. colecistectomía.

Lav ret. Lavado retroperitoneal

Necrosec. Necrosectomía.

Gast. Gastrostomía.

Resec P. resección pancreática.

GRAFICA #3

H.R. LIC. ADOLEO LOPEZ MATOS

# PANCREATITIS AGUDA GRAVE Y SUS COMPLICACIONES

CUADRO: 4

## COMPLICACIONES

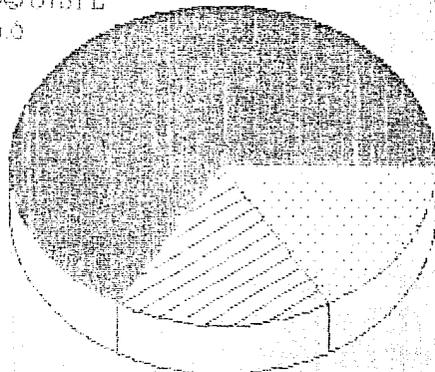
	NO. DE PACIENTES		PORCENTAJE	ETIOLOGIA		
	H	M		B	A	T
PSEUDOQUISTE	0	3	66.6%	4	0	0
FISTULA PANCREATO CUTANEA	1	0	16.6%	0	0	1
COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL	0	1	16.6%	1	0	0

HOSPITAL REGIONAL

"LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

# PANCREATITIS AGUDA GRAVE COMPLICACIONES (PORCENTAJE)

PSEUDOQUISTE  
53.0



C.L. Cálculo.

Fist. Fístula.

Cut. Cutanea.

C.L. RESIDUAL  
15.5

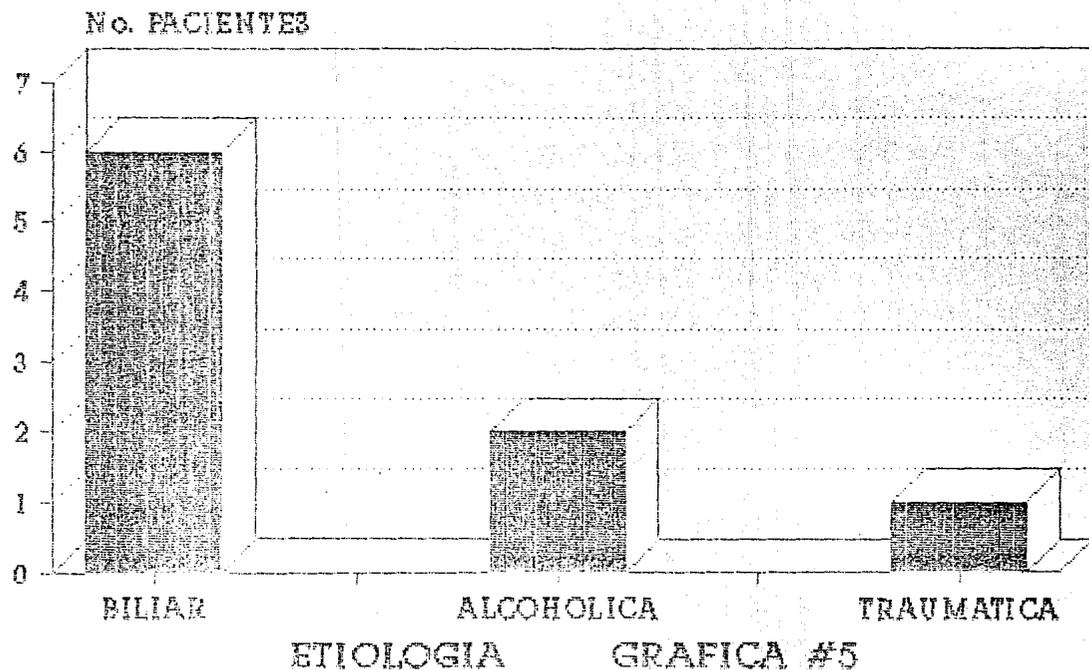
FIST. PANCREATO-CUT.  
16.6

GRAFICA #4

H.R. 'LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS'

# PANCREATITIS AGUDA GRAVE

## MORTALIDAD



R.R. LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

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

1. Beger, H. G. M.D. , SURGICAL MANAGEMENT OF NECROTIZING PANCREATITIS. Surgical Clinics of North America, Vol. 69, No. 3, June 1989, pp. - 529-549.
2. Demmy Todd L., MD Burch Jon M. , COMPARISON OF MULTIPLE-PARAMETER PROGNOSTIC SYSTEMS IN ACUTE PANCREATITIS. The American Journal of - Surgery. Vol. 156, Dic. 1988. ,pp 492-496.
3. Fagniez P. L., Rotman N. , DIRECT RETROPERITONEAL APPROACH TO NECRO- SIS IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS. Br. J. Surg. 1989, Vol.76, Marzo. pp. 264-267.
4. Fan. S.T., Choi T.K. , INFLUENCE AL AGE ON THE MORTALITY FROM ACUTE PANCREATITIS. Br. J. Surg. 1988, Vol. 75, Mayo, pp.463-466.
5. Ferguson Charles M. , M.D., Bradley Edward L. M.D., CAN MARKERS - FOR PANCREATIC NECROSIS BE USED AS INDICATORS FOR SURGERY?. The A- merican Journal Of Surgery. Vol. 160, Nov. 1990, pp.459-461.
6. Grant John P., Susan James M.D. , TOTAL PARENTERAL NUTRITION IN PAN- CREATIC DISEASE. Ann. Surg. Nov. 1984, Vol.200, No.5, pp.627-631.
7. Freeny Patrick C., M.D., CLASSIFICATION OF PANCREATITIS. Radiolo- gic Clinics of North America, Vol. 27, No.1, Enero 1989, pp.1-3.
8. Horton Jureta W., Burnweit Cathy A., M.D., HEMODYNAMIC FUNCTION IN ACUTE PANCREATITIS. Surgery, VOL.103 , No.5 , May. 1988,pp.538-545.
9. Johnson C. Daniel, Stephens David H., CT OR ACUTE PANCREATITIS. American Roentgen Ray Society. Enero 1991, Vol.156, pp.93-95.
10. Kourtesis George, M.D., Wilson Samuel E., M.D. THE CLINICAL SIGNI- FICANCE OF FLUID COLLECTIONS IN ACUTE PANCREATITIS. The American Surgeon, Vol. 56, Dic. 1990., pp. 796-799.

11. Mainwaring Richard, M.D., Kern John, M.D., Rudolf Leslie E., M.D.-- DIFFERENTIATING PANCREATIC PSEUDOCYST AND PANCREATIC NECROSIS USING COMPUTERIZED TOMOGRAPHY. Ann. Surg. Vol. 209, No. 5, May. 1989, - pp. 562-568.
12. Mullins Richard J., M.D., Malangoni Mark A., M.D., CONTROVERSIES - IN THE MANAGEMENT OF PANCREATIC PSEUDOCYSTS. The Am. J. of Surg., Vol. 155, Enero 1988, pp. 165-172.
13. Rohrmann Charles A., M.D., Baron Richard L., M.D., BILIARY COMPLICATIONS OF PANCREATITIS. Radiologic Clinics of North America, Vol. 27, No. 1, Enero 1989, pp. 93-103.
14. Sacks David, Robinson Michael L., TRANSGASTRIC PERCUTANEOUS DRAINAGE OF PANCREATIC PSEUDOCYSTS. AJR 151, Agosto 1988, pp. 303-306.
15. Safrit Hal D., M.D., Rice Reed P., M.D., GASTROINTESTINAL COMPLICATIONS OF PANCREATITIS. Radiologic Clinics of North America, Vol. 27 No. 1, Enero 1989, pp. 73-78.
16. Sarles H., M.D., Bourliere M., M.D., PANCREATIC CYSTS AND PSEUDOCYSTS ASSOCIATED WITH ACUTE AND CHRONIC PANCREATITIS. Dig. Dis. - and Sc., Vol. 34, No. 3, Marzo 1989, pp. 343-348.
17. Sitges-Serra A., Alonso M., PANCREATITIS AND HYPERPARATHYROIDISM. Br. J. Surg., Vol. 75, Feb. 1988, pp. 158-160.
18. Trede Michael, M.D., Schwall Gunther, M.D., THE COMPLICATIONS OF PANCREATECTOMY. Ann. Surg., Vol. 207, No. 1, Enero 1988.
19. Van Sonnenberg Eric, M.D., Casola Giovanna, M.D., IMAGING AND INTERVENTIONAL RADIOLOGY FOR PANCREATITIS AND ITS COMPLICATIONS. Radiologic Clinics of North America, Vol. 27, No. 1, Enero 1989, pp. 65-72.
20. Vujic Ivan, M.D., VASCULAR COMPLICATIONS OF PANCREATITIS. Radiologic Clinic of North America, Vol. 27, No. 1, Enero 1989, pp. 81-91.

21. Larvin Michael, McMahon Michael J. , APACHE II SCORE FOR ASSESSMENT AND MONITORING OF ACUTE PANCREATITIS. The Lancet, Julio 22 - 1989, pp. 201-204.
22. Larvin M. , Chalmers A.G., DEBRIDEMENT AND CLOSED CAVITY IRRIGATION FOR THE TREATMENT OF PANCREATIC NECROSIS. Br. J. Surg. Vol. 76 May. 1989, pp. 465-471.
23. Maki Hope S., M.D., Kolts Robert L., M.D., PREVENTION OF PANCREATIC FISTULA BY MODIFIED PANCREATICOJEJUNAL ANASTOMOSIS. The Am. J. of Surg. Vol. 160, Nov. 1990, pp. 533-534.
24. Martin F. Maureen, M.D., Rossi Ricardo L., M.D., MANAGEMENT OF PANCREATIC FISTULAS, Arch. Surg. , Vol. 124, May 1989, pp. 571-573.
25. Modlin Irvin M., M.D., Bilchik Anton J., M.D., CHOLECYSTOKININ AUGMENTATION OF SURGICAL PANCREATITIS. Arch. Surg. Vol. 54, May 1989, pp. 574-578.
26. Nealon Willian H., M.D., Townsend Courtney M., M.D., PREOPERATIVE - ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY (ERCP) IN PATIENTS - WITH PANCREATIC PSEUDOCYST ASSOCIATED WITH RESOLVING ACUTE AND CHRONIC PANCREATITIS. Ann. Surg. , Vol 209, No. 5, May. 1989, pp. 532-540.
27. Pederzoli P., M.D., Bassi C., M.D., Falconi M., M.D., RETROPERITONEAL AND PERITONEAL DRAINAGE AND LAVAGE IN THE TREATMENT OF SEVERE NECROTIZING PANCREATITIS. Surg. Gyn. and Obs. Vol. 170, Marzo 1990 pp. 197-203.
28. Ranson John H. C., M.D., THE ROLE OF SURGERY IN THE MANAGEMENT OF ACUTE PANCREATITIS. Ann Surg. Vol. 211, No. 4, Abril 1990, pp. 382-391..
29. Reynaert M.S., Dugernier Th., CURRENT THERAPEUTIC STRATEGIES IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS. Intensive Care Med , Vol. 16, Springer-Verlag 1990, pp. 352-362.