



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

11209
51
209
CIUDAD DE MEXICO
Servicios de Salud
DDF



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DEL
DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN:
CIRUGIA GENERAL

"PANCREATITIS BILIAR ESTUDIO COMPARATIVO
DE TRATAMIENTO QUIRURGICO TEMPRANO V.S.
TRATAMIENTO QUIRURGICO TARDIO"

**TRABAJO DE INVESTIGACION
CLINICA**

P R E S E N T A :
DR. ANTONIO JARAMILLO CUAUTLE
PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

DIRECTOR DE TESIS: DR. CARLOS ARCOS HUITRON

1994

TESIS CON
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.



[Handwritten signature]
Vo. Bo.
DR. ALFREDO VICENCIO TOVAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO
DE CIRUGIA GENERAL.
D.G.S.S.D.D.F.

SERVICIOS MEDICOS
D. D. F.
Jefatura de Enseñanza
HOSPITAL BALBUENA DE
URGENCIAS TRAUMATOLOGICAS

FACULTAD
DE MEDICINA
 FEB 3 1994
SECRETARIA DE SERVICIOS
ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
IMJ

[Handwritten signature]
Vo. Bo.

DR. BENJAMIN SOTO DE LEON.
DIRECTOR DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION.
D.G.S.S.D.D.F.

I N D I C E

1.- INTRODUCCION.....	1
2.- OBJETIVOS.....	10
3.- MATERIAL Y METODOS.....	11
4.- RESULTADOS.....	13
5.- DISCUSION.....	21
6.- CONCLUSIONES.....	22
7.- RESUMEN.....	23
8.- BIBLIOGRAFIA.....	24

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

Através de los años se ha entrado en controversia respecto a los diferentes manejos expuestos para el tratamiento de la pancreatitis biliar, publicandose diferentes corrientes de las cuales cada una de estas comentan sobre las ventajas y desventajas tanto del tratamiento quirúrgico temprano, así como también del tratamiento quirúrgico tardío.

Se reportan diferentes porcentajes tanto de morbilidad como de mortalidad para los diferentes tratamientos. Se reportan mortalidades desde 0 a 2.9% en los pacientes operados con tratamiento temprano V.S. 6.8% en el tratamiento quirúrgico tardío. Por el contrario otros autores reportan porcentajes de mortalidad mayores en el tratamiento quirúrgico temprano. Además se menciona que si la operación es diferida a una admisión hospitalaria subsecuente hay un 32 a 48% de probabilidad de pancreatitis recurrente mientras el paciente permanece en lista de espera. Otra de las ventajas en el tratamiento quirúrgico temprano es la diferencia de la estancia intrahospitalaria, la cual es menor produciendo esto ahorros sustanciales de tiempo y dinero.(1,2).

El páncreas está compuesto por acinos glandulares que vierten su secreción a conductillos cada vez de mayor calibre, hasta llegar al conducto principal o conducto de Wir-sung que en la mayoría de las veces desemboca junto con el-

colédoco en el ampolla de Vater, donde existen fibras circulares de musculo liso conocidas como esfinter de Oddi, lo que explica en parte, que la patologia biliar de lugar a alteraciones pancreáticas y que a su vez la patologia pancreática altere la función biliar.(3).

La pancreatitis fué descrita por primera vez en el Hospital General Massachusetts en 1889 por Fitz, quien diferenció las formas supurativa, hemorrágica y gangrenosa.(6).

A finales del siglo pasado Halsted y Opie fueron los primeros en postular la teoria del conducto común de la pancreatitis por cálculo biliar. Al realizar la necropsia de un paciente que habfa fallecido por pancreatitis aguda inmediatamente después de haber sido operada por Halsted, Opie reconoció un cálculo biliar impactado en el ampolla. Halsted y Opie propusieron que el cálculo podria obstruir la parte del "conducto común" de la porción distal del colédoco, favorecer el reflujo de bilis hacia el conducto pancreático y con ello dar lugar a pancreatitis. Esta teoria se mantuvo en duda por muchos años, debido a que raras veces se encontraba un cálculo impactado en el ampolla en el momento de la operación de pacientes con pancreatitis aguda. Sin embargo, en 1974, Acosta y Ledesma hicieron resurgir y confirmaron la teoria del conducto común al encontrar cálculos biliares en las heces de 34 de 36 pacientes (94%) con un diagnóstico clínico de pancreatitis por litiasis biliar.(2,7).

Es factible identificar la posible causa de la pancreatitis en 90% de los enfermos, en nuestro medio la patología biliar litiasica, constituye la causa más frecuente, seguida de ingestión abundante de bebidas alcohólicas.(3,7,10,--11).

Se cree que los cálculos son de algun modo responsables de aproximadamente un tercio de los casos de pancreatitis en el hombre y aproximadamente la mitad de los casos en la mujer.(6).

La patología biliar litiasica y el alcoholismo constituyen el 80% como causa de pancreatitis, 10% es idiopática y el 10% restante por otras causas como son ingestión de alimentos, trauma pancreático, cirugía y otras.(2,3,6,7,10,--11).

Los diferentes factores invocados como origen de la pancreatitis actuarán activando las enzimas pancreáticas en el interior del órgano. A través de diferentes caminos aumenta la presión en el conducto de Wirsung y de los canales intrapancreáticos, coincidiendo con producción normal o aumentada del flujo pancreático.(3).

En la pancreatitis de origen biliar se,ha invocado la teoría del conducto común de Opie por la impactación de un pequeño cálculo a nivel del ampolla de Vater permite el reflujo de bilis hacia el conducto pancreático, lo que en condiciones normales no sucede.(2,3,7,10).

El reflujo de bilis lesiona la barrera mucosa del conducto pancreático, por diversos mecanismos. La presencia de sales biliares secundarias derivadas de desconjugación de sales biliares primarias altera las membranas y la función de la mucosa. Por otra parte, la presión elevada en el conducto pancreático, de manera secundaria a la obstrucción -- del ampolla de Vater tiende a producir lesión directa del epitelio. De manera alternativa, el líquido que refluye desde el contenido duodenal con sales biliares y enterocinasa hacia el conducto pancreático, resultante de secreción sostenida hacia los conductos obstruidos, tiende a producir -- ruptura de los conductillos periféricos, extravasación del jugo pancreático y activación intrapancreática de las enzimas digestivas.(2).

Las alteraciones anatomopatológicas del páncreas pueden variar desde las formas edematosas en las cuales hay: - inflamación, crecimiento y congestión del páncreas sin necrosis ni fenómenos hemorrágicos, diferentes grados de edema e infiltración leucocitaria, hasta el otro extremo de las alteraciones anatomopatológicas, como son las formas necrotizantes y fulminantes en las que hay extravasación sanguínea, fenómenos hemorrágicos difusos, necrosis grasa. En el estudio histopatológico se aprecia edema intersticial, en la unión de los lóbulos y en el tejido peripancreático; así como dilatación capilar acentuada.

A nivel de los órganos vecinos o lejanos puede haber esteatonecrosis o calcificación.(11).

El dolor es el síntoma predominante, se presenta prácticamente en el 100% de los enfermos, es intenso, de aparición brusca, localizado en epigástrico e hipocondrio derecho, de tipo cólico y transfixivo. Las náuseas y los vómitos se presentan en la mayoría de los pacientes; la fiebre de intensidad variable ocurre en aproximadamente en las dos terceras partes de los enfermos, la fiebre tardía y persistente se debe a complicaciones sépticas; puede haber ictericia leve o acentuada y progresiva. A la exploración física el enfermo se encuentra agitado e inquieto. El abdomen se observa distendido, doloroso en la parte superior, puede haber resistencia muscular, presencia de íleo generalizado o localizado, ruidos intestinales hipoactivos o ausentes. En las formas graves las alteraciones mentales son acentuadas, existe hipotermia, hipotensión, taquicardia con pulso filiforme, taquipnea y cianosis. Se hace aparente la insuficiencia orgánica múltiple.(2,3,7).

Algunos autores aceptan una elevación inicial en la amilasa sérica de 1200 U.I. como diagnóstico de pancreatitis aguda. Estudios de gabinete, placa simple de abdomen aproximadamente en un 10 a 15% de los casos de litiasis biliar se observan litos radioopacos en la Rx. la mejor prueba para identificar la colelitiasis es el ultrasonido ya que detec-

-ta los litos biliares en más de las dos terceras partes de los casos. La [TAC.] más que para identificar la presencia de litiasis biliar sirve para identificar de manera directa el estado del páncreas y puede medir las consecuencias locales de la enfermedad. Es también la mejor manera de valorar las complicaciones como: necrosis, abscesos y pseudoquistes del páncreas. La colangiopancreatografía retrograda endoscópica puede detectar los litos biliares en aproximadamente 76% de los casos severos de pancreatitis. Una demostración rápida de la enfermedad severa se puede obtener por paracentesis abdominal y examen del líquido abdominal.[1,2,10,14].

Algunos pacientes de pancreatitis biliar tienen una forma leve de la enfermedad que tiende a abatirse con rapidez; otros experimentan una forma más grave que pone en peligro la vida. Desafortunadamente, no siempre es posible distinguir entre los pacientes de un grupo y los de otro, en el momento del ingreso. Por éste motivo es conveniente considerar todos los casos de pancreatitis como muy graves en potencia.[2].

El plan de tratamiento debe centrarse sobre la reanimación inicial y los cuidados de sostén adecuados, la identificación oportuna de las complicaciones y el tratamiento definitivo de la enfermedad biliar concomitante.[2,8].

El tratamiento médico sigue siendo básicamente de sos-

tén y centrado sobre la línea sintomática, la prevención, - la identificación oportuna y el tratamiento de las complica- ciones generales y el apoyo nutricional. La suficiencia de- la restitución de líquidos es el aspecto único de mayor im- portancia del tratamiento médico, debe interrumpirse la in- gestión hasta que el dolor haya desaparecido y se encuen -- tren normalizadas las concentraciones séricas de amilasa. - Deberá iniciarse la nutrición parenteral total en indivi -- duos en los que no se espera que readopten la alimentación- en plazo de una semana. Los autores han encontrado pruebas- de infección de vías biliares en 33% de una serie de pacien- tes operados durante las primeras 48 hrs que siguieron a la iniciación de la pancreatitis, y por tanto recomiendan un - ciclo inicial de antibioticoterapia en los sujetos por pan- creatitis por cálculos.(2,9,12).

Esta generalmente aceptado que el aumento de morbili- dad asociada con la pancreatitis biliar puede ser mejor -- controlada por extirpación de la vesícula biliar sin dejar- ningun cálculo en el sistema biliar, sin embargo el tiempo - apropiado para ésta intervención ha sido tema de debate du- rante muchas décadas. Algunos autores manejan la cirugía in- mediata de preferencia durante las primeras 48 hrs. de es- tancia intrahospitalaria citando la necesidad de identifi- car agudamente y remover lo más rápido posible cualquier li- to impactado en el ampolla. Otros argumentan que un periodo

para el tratamiento conservador seguido por cirugía definitiva durante la misma o una hospitalización subsecuente. (1, 2, 5, 10, 14).

El tratamiento de la colelitiasis (colecistectomía con o sin exploración de vías biliares) debe efectuarse durante la hospitalización por pancreatitis, éste concepto fue propuesto en 1964 por Glen y Frey y son muchos los datos a su favor. El criterio tradicional que consistía en colecistectomía seis a ocho semanas después de resolverse la fase aguda de la pancreatitis, produjo dos problemas: no justificaba su costo porque se requería un segundo ingreso y hasta 56% de los pacientes experimentó un segundo ataque de pancreatitis litiasica recurrente entre la primera y segunda hospitalización, además unos cuantos mueren. (2).

En 1978, Acosta y Colls. confirmaron sus datos, quienes informaron los casos de 34 pacientes consecutivos de pancreatitis biliar operados en plazo de 48 hrs. después de su ingreso sin que ocurriera defunción alguna. Se han obtenido otras pruebas en favor de éste criterio, en el primer estudio al azar sobre éste problema publicado por Stone y Colls en 1981. Estos investigadores compararon los casos de 36 pacientes operados dentro de las primeras 72 hrs. siguientes a su ingreso en el hospital contra 34 que recibieron tratamiento no operatorio ordinario. La diferencia en la estancia en el hospital (13.5 días contra 23 días) produjo aho--

rros sustanciales de tiempo y dinero; además, la diferencia en las tasas de mortalidad (2.9% entre los pacientes operados en plazo de 72 hrs. contra 6.8% en el resto).(2,9,15).

En resumen, quienes proponen la operación temprana --- (dentro de las 48 hrs. que siguen a la iniciación de la pancreatitis) creen que la duración de la obstrucción ampular a causa de un cálculo migratorio es el factor clave para determinar la gravedad del padecimiento. Por tanto, debe restablecerse la permeabilidad ampular tan pronto como se pueda, en un momento en que los cambios del páncreas son aún--reversibles y antes que hayan ocurrido necrosis o hemorrá--gía de la glándula. (2,9,15,16).

O B J E T I V O S

- 1.- Demostrar que conducta quirúrgica ya sea temprana ó tardía ofrece más ventajas.
- 2.- Evaluar la morbimortalidad en relación a ambas conductas quirúrgicas.
- 3.- Determinar en cuál de ambas conductas quirúrgicas se presentan menos complicaciones.

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

Se estudio a un total de 12 pacientes con diagnóstico - de pancreatitis biliar, 11 del sexo femenino (91.6%) y 1 - del sexo masculino (8.3%), con un rango de edad de 17 a 63 - años, el grupo de edad más afectado incluyó pacientes de la - cuarta y quinta décadas de la vida (58.3%) . Tabla 1.

Todos los pacientes ingresaron al Hospital General Balbuena de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal del 1° de Marzo de 1993 al 15 de Diciembre del mismo año.

Dichos pacientes fueron distribuidos al azar en dos grupos, el grupo " A " correspondiente a tratamiento quirúrgico temprano y el grupo " B " correspondiente al tratamiento -- quirúrgico tardío. El procedimiento de los pacientes del grupo "A" consistió en cirugía en las primeras 24 hrs. de su ingreso realizandoseles colecistectomia con exploración de vias biliares, colocación de sonda en "T" y toma de colangio--graffa transoperatoria. El grupo "B" fueron hospitalizados - realizando manejo conservador con cuidados intensivos hasta el control total del cuadro clínico y 15 días posteriores a revisión del cuadro se intervinieron quirúrgicamente, realizandoles mismo procedimiento que en el grupo "A". Durante el transoperatorio se valoró presencia de cálculos en vesicula--así como en el coledoco, obstrucción del coledoco, estado de de

los tejidos así como de la papila, tamaño del colédoco, estado macroscópico del páncreas, presencia de líquido de -- reacción, presencia de otras colecciones líquidas como pus, sangre. Y en el postoperatorio vigilancia de la evolución -- presencia de complicaciones intraabdominales y de herida -- quirúrgica, colangiografía postoperatoria y días de estancia intrahospitalaria.

R E S U L T A D O S

El estudio comprendió 12 pacientes de los cuales 11 -- (92%) fueron del sexo femenino y 1 (8%) del sexo masculino--
TABLA 1.

El rango de edad de los pacientes fue de 17 a 63 años, dentro del cual el grupo mas afectado fué de la cuarta y -- quinta decadas de la vida constituyendo el (58.3%). TABLA 2.

En cuanto a los datos clínicos obtenidos en ambos grupos se encontraron como manifestaciones clínicas principales el dolor el cual fué tipo cólico y principalmente localizado en epigástrico e hipocondrio derecho se presentó en 12 pacientes (100%), las náuseas en 12 pacientes (100%), el vómito en 11 pacientes (91.6%), ictericia en 4 pacientes -- (33.3%) signos de irritación peritoneal en 3 pacientes (25%) y fiebre en 1 paciente (8.3%) TABLA 3.

Con respecto a la morbimortalidad ambas fueron mayores en el grupo "B". La mortalidad del grupo "A" fue de (0%) en cuanto en el grupo "B" se presentó 1 defunción (8.3%) debido a su evolución hacia pancreatitis hemorrágica y falla orgánica múltiple. La morbilidad con respecto al grupo "A" -- fué de 1 paciente complicado (8.3%) el cual presentó infección de la herida quirúrgica y presencia de absceso residual subhepático, en el grupo "B" hubo 2 pacientes complicados (16.6%) ambos evolucionaron hacia pancreatitis hemorrá--

DISTRIBUCION POR SEXO

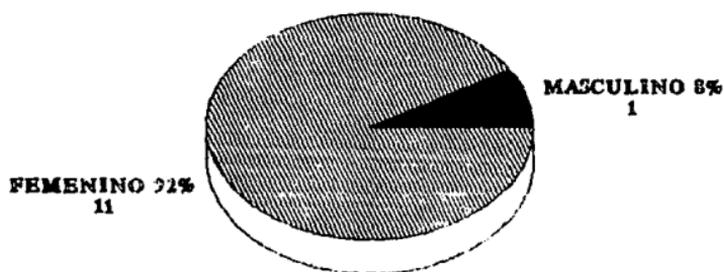


TABLA. 1.

PACIENTES POR GRUPO DE EDAD



TABLA. 2.

MANIFESTACIONES CLINICAS



TABLA. 3.

gica siendo uno de ellos intervenido quirúrgicamente de urgencia al cuarto día de su ingreso al hospital y el otro -- presentó falla orgánica múltiple y falleció. TABLA 4.

En relación a los días de estancia intrahospitalaria - (EIH) estos fueron significativamente mayores en el grupo "B" requiriendo de 18 a 33 días de (EIH) con un promedio - de 20 días como suma de ambas hospitalizaciones. En tanto - en el grupo "A" solo ameritaron una sola hospitalización re- quiriendo de 6 a 28 días con un promedio de 10 días de (EIH) TABLA 5.

En cuanto a los hallazgos durante la intervención qui- rúrgica de los pacientes de ambos grupo se encontro en el - grupo "A" dilatacion del colédoco en el (100%) de los casos de 1.2 cms hasta 3 cms, presencia de coledocolitiásis en 3- pacientes (50%) de los cuales en 2 (33.3%) hubo enclavamien- to de litos en el ampula de Vater. En cuanto a las caracte- rísticas macroscópicas de páncreas se halló edematoso con - presencia de jabones en los 6 pacientes (100%) de los cua- les en 2 (33.3%) se encontro agrgado infiltrado peripancreá- tico con zonas hemorrágicas. La presencia de liquido de --- reacción fué observada en 4 pacientes (66.6%). En el grupo- "B" los hallazgos fueron dilatación de colédoco de 1 a 2 cm en los 5 pacientes operados (100%), coledocolitiásis en 2 - (40%) y en uno lodo biliar (20%), no se hallaron litos en- clavados en el ampolla de Vater (0%), las características -

MORBIMORTALIDAD

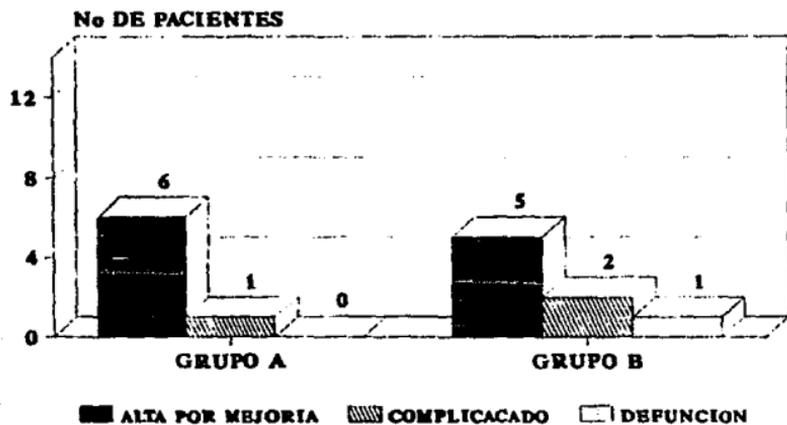


TABLA. 4.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DIAS DE ESTANCIA PROMEDIO

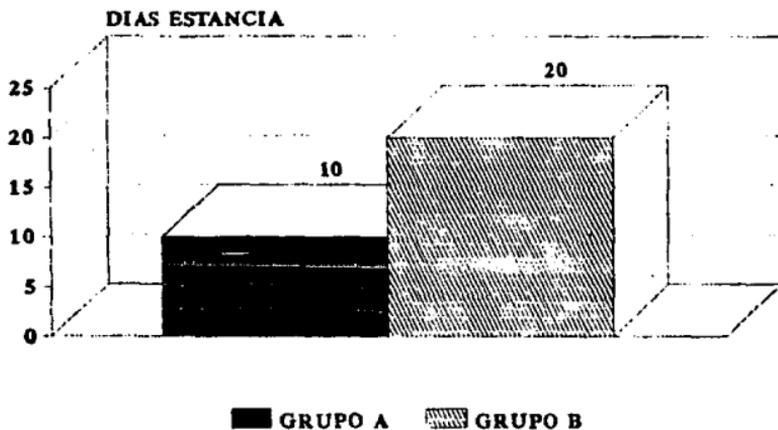


TABLA. 5.

macroscópicas del páncreas fueron edematoso con escasos jabones en 4 (80%) y en 1 (20%) áreas hemorrágicas y de necrosis peripancreática. El paciente que falleció se detectó -- por TAC pancreatitis hemorrágica con áreas necróticas. Presencia de líquido de reacción en 1 paciente.

D I S C U S I O N

El manejo quirúrgico de la pancreatitis biliar continúa siendo tema de controversia, se han publicado diferentes corrientes en las que se exponen ventajas y desventajas que apoyen uno u otro de los tratamientos quirúrgicos expuestos.

El presente estudio apoya las ventajas del tratamiento quirúrgico temprano ya expuestos anteriormente por Acosta, Mercer, Stone y Cols. verificandose la menor morbimortalidad así como los días de estancia intrahospitalaria con este ahorro de tiempo y dinero.

Consideramos que la operación temprana dentro de las primeras 48 hrs constituye un factor clave para la disminución de la gravedad del padecimiento considerandose la pronta desaparición de la obstrucción ampular y la derivación de la vía biliar.

Observamos que la gravedad de los pacientes en ambos grupos fue similar siendo la evolución mas favorable en los pacientes del grupo de tratamiento quirúrgico temprano.

Así también comprobamos que el manejo conservador aunado a cirugía tardía cursa con la probabilidad de tenerlo -- que intervenir de urgencia por agudización del cuadro, aumentando con esto la morbimortalidad del paciente.

C O N C L U S I O N E S

- 1.- El tratamiento quirúrgico temprano es seguro y se encuentra al alcance de nuestra experiencia y necesidades hospitalarias ya que no siempre podemos contar con otros métodos diagnósticos como USG, TAC, endoscopia, etc.
- 2.- La morbimortalidad presentada en el presente estudio es semejante a la reportada en otras series que apoyan el tratamiento quirúrgico temprano.
- 3.- El tratamiento quirúrgico temprano disminuye la morbimortalidad así como el tiempo de hospitalización en comparación con el tratamiento quirúrgico tardío.
- 4.- El tratamiento quirúrgico temprano ofrece más ventajas que las que ofrece el tratamiento quirúrgico tardío.

R E S U M E N

La pancreatitis biliar aguda es una complicación bien-conocida de colelitiásis. A través de los años se ha entrado en controversia respecto a los diferentes manejos expuestos para el tratamiento de dicha patología, publicándose diferentes corrientes en las que se exponen ventajas y desventajas de los diferentes tratamientos quirúrgicos tanto temprano como tardío.

Se estudiaron 12 pacientes, 11 del sexo femenino (92%) y 1 sexo masculino (8%) con un rango de edad de 17 a 63 años, el grupo de edad más afectado incluyó pacientes de la cuarta y quinta décadas de la vida. Se distribuyeron al azar en dos grupos el "A" (Tx Qx Temprano) consistió en cirugía en las primeras 24 hrs de su ingreso y el grupo "B" (Tx Qx Tardío) se hospitalizó hasta la remisión del cuadro clínico de pancreatitis y posterior a esto 15 días después fueron programados para cirugía. Los resultados fueron para el grupo "A" mortalidad (0%), morbilidad 1 paciente (8.3%), -- los días de estancia intrahospitalaria fueron de 6 a 28 días con promedio de 10. El grupo "B" mortalidad 1 paciente - (8.3%), morbilidad 2 (16.6%) y los días de EIH fueron de 18 a 33 con promedio de 20 días.

Se concluyó que en la cirugía temprana disminuye la -- morbilidad así como también los días de internamiento.

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

- 1.- G.J. Poston and R.C.N. Williamson. Surgical management of acute pancreatitis. Br. J. Surg. Vol. 77, January, - 5-12, 1990.
- 2.- Henry A. Pitt, MD. The Surgical Clinics of North América Biliary Tract Surgery. Ed. Interamericana. 1291-1310 1990.
- 3.- Cesar Gutiérrez Samperio. Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo. Ed. Manual Moderno. 302-315. 1988.
- 4.- John H.C. Ranson, B.M., B.CH. The Role of Surgery in -- the Management of Acute Pancreatitis. What's New in General Surgery. Vol. 211, No. 4, September, 382-391, --- 1989.
- 5.- Jussi Karjalainen, Ilari Airo and Isto Nordback. Routine Early Endoscopic CHolangiography, Sphincterotomy and Removal of Common Duct Stones in Acute Gallstone Pan--- creatitis. Eur. J. Surg. Vol. 158, February, 549-553, - 1992.
- 6.- James D. Hardy. Cirugía. Ed. Panamericana. 948-956, --- 1985.
- 7.- David C. Sabiston, Jr., M.D. Principios de Cirugía. Ed. Interamericana. 572, 605-608, 1991.
- 8.- Steinberg WM. Schlesselman SE. Treatment of Acute Pan--- creatitis: Comparison of animal and human studies. Gas-

- troenterology. 93:1420, 1987.
- 9.- Acosta JM, Rossi R, Galli OM. Early Surgery for Acute-Gallstone Pancreatitis: Evaluation of a Systemic Approach. *Surgery* 83:367, 1978.
 - 10.- Seymour I. Schwartz, Harold Ellis. *Operaciones Abdominales*. Ed. Panamericana. 1983-1998, 1990.
 - 11.- José de Jesús Villalobos Pérez. *Gastroenterología*. Ed. Mendez Oteo. Vol. II, 584-595, 1986.
 - 12.- Bradley EL. Antibiotics in Acute Pancreatitis: Current status and future directions. *Am. J. Surg.* 158:472, -- 1989.
 - 13.- Ranson JH. The Timing of Biliary Surgery in Acute Pancreatitis. *Ann. Surg.* 189:654, 1979.
 - 14.- Schwesinger, Wayne H., et al. Biliary Pancreatitis: Operative Outcome With a Selective Approach. *Arch. Surg* Vol. 126, July, 836-840, 1991.
 - 15.- Mercer LC, Saltzstein EC, Peacock JB, et al. Early Surgery for Biliary pancreatitis. *Am. J. Surg.* 148:749, - 1984.
 - 16.- Stone HH. Fabian TC, Dunlop WE. Gallstone Pancreatitis Biliary Tract Pathology in Relation to Time of Operation. *Ann. Surg.* 194:305, 1981.
 - 17.- Seymour I. Schwartz, M.D., G. Tom Shires, M.D., Frank - C. Spencer, M.D. *Principios de Cirugía*. Ed. Interamericana. Vol. II, 1991.

- 18.- Sheung-Tat Fan, M.S., et al. Early Treatment of Acute-Biliary Pancreatitis by Endoscopic Papillotomy. The -- New England Journal of Medicine. Vol. 328, 228-232, -- 1993.
- 19.- Welch JP, White CE. Acute Pancreatitis of biliary origin: Is Urgent Operation Necessary? Am. J. Surg. 143:-120, 1982.