



48 11209
201.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE CENTRO MÉDICO
NACIONAL SIGLO XXI**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**"TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
DE LA PANCREATITIS
CRÓNICA"**

280957

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUGÍA GENERAL**

P R E S E N T A

Dr. CARLOS EDUARDO LÓPEZ BAÑUELOS

ASESOR DE TESIS: DR. PATRICIO SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

MEXICO, D.F.

1 9 9 8



**IMSS
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

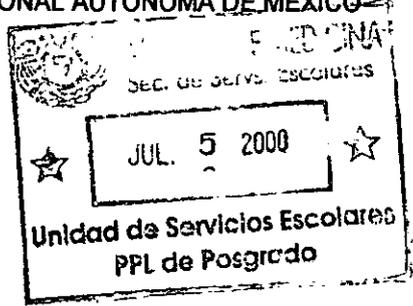
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLOXXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DR. NIELS WACHER RODARTE
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLOXXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DR. PATRICIO SANCHEZ FERNANDEZ
ASESOR DE TESIS
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLOXXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
PROFESOR ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



INDICE

TITULO	4
AUTORES	4
SERVICIO	4
ANTECEDENTES	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
OBJETIVOS	10
MATERIAL Y METODOS	10
CONSIDERACIONES ETICAS	12
RECURSOS PARA EL ESTUDIO	12
RESULTADOS	13
DISCUSION	17
CONCLUSIONES	18
ANEXOS	19
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS CRONICA

**Dr. Carlos Eduardo López Bañuelos
Dr. Patricio Sánchez Fernández
Dr. Roberto Blanco Benavides**

TITULO

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS CRONICA .

AUTORES:

Dr. Carlos Eduardo López Bañuelos
Dr. Patricio Sánchez Fernández
Dr. Roberto Blanco Benavides

SERVICIO:

Cirugía gastrointestinal del Hospital de Especialidades del Centro Medico
Nacional Siglo XXI.

ANTECEDENTES

La pancreatitis crónica es una enfermedad inflamatoria del páncreas caracterizada por la destrucción endocrina y exócrina de los tejidos, reemplazados por una escara fibrosa.

La mayoría de los casos es causada por consumo crónico de alcohol. El proceso casi siempre es progresivo aunque el paciente deje de tomar. La mayoría de los pacientes sufren de dolor crónico abdominal y de espalda. Y por esta causa mas de uno busca el tratamiento quirúrgico. Otra indicación común de cirugía es por pseudoquistes, así como obstrucción del conducto biliar común. (1)

El principal sintoma de la pancreatitis crónica (el dolor) puede ser eliminado o reducirse en la mayoría de los pacientes con un apropiado tratamiento quirúrgico.(2)

Además de el tratamiento quirúrgico debe de advertirse a los pacientes en eliminar el consumo de tabaco y alcohol ya que esto puede estar íntimamente relacionado con las calcificaciones intraductales y los episodios de dolor. (3)

Cuando el dolor interfiere substancialmente en la calidad de vida del paciente se debe de considerar la cirugía para atacar directamente a los problemas que afectan directamente el estado de salud como son la pérdida de peso, estado nutricional, hospitalizaciones frecuentes, inhabilidad para mantener un empleo , manifestaciones psiquiátricas (frecuentemente depresión) deterioro de la vida familiar y la dependencia de narcóticos.

Todos los pacientes que van a ser sometidos a una cirugía deben de ser sometidos a una topografía computada (CT) y a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) . La arteriografía puede ser útil para aquellos en los que esta considerada la resección pancreática . Estos estudios proveen de información acerca del procedimiento quirúrgico que puede estar indicado y cual es apropiado para tal efecto . La pancreatoyeyunostomía puede estar indicada en quienes tienen un conducto pancreático muy dilatado. Se puede realizar con baja morbi-mortalidad y sin el riesgo virtual de desarrollar diabetes. En aquellos pacientes que tienen un conducto casi normal (no es recomendable la pancreatoyeyunostomía) un a resección pancreática mayor puede estar contraindicada por la asociación de diabetes post quirúrgica.

La cirugía para aliviar el dolor en pancreatitis crónica se puede tomar de dos formas. La primera las llamadas operaciones de drenaje que van orientadas a mejorar el drenaje del sistema ductal presumiblemente obstruido. La segunda incluye las resecciones pancreáticas para extraer el tejido pancreático enfermo. Usualmente en situaciones en las que el tamaño del conducto pancreático es normal o casi normal.

La esfinterotomía o esfinteroplastía del esfínter de Oddi no tiene lugar en el tratamiento de los pacientes con esta enfermedad. El diámetro normal del conducto pancreático principal es aproximadamente de 4 a 5 mm en la cabeza , de 3 a 4 mm en el cuerpo y 2 a 3 mm en la cola de la glándula.

Cuando el diámetro de la cabeza sobrepasa los 7 a 8 mm o mas , la pancreatico-yeyunostomía es técnicamente fácil y puede tener efectos benéficos en el alivio del dolor , si la operación se realiza en un páncreas con conducto normal los resultados a corto y largo plazo son malos quizás por la estrechez de la anastomosis en la mayoría de los casos.

La mortalidad operatoria para la pancreaticoyeyunostomía longitudinal (procedimiento de Puestow) es alrededor de 4 % y la morbilidad es mínima . No se presenta diabetes con esta cirugía pero algunos pacientes pueden requerir de insulina ya que la destrucción del páncreas continua.(1)

Las causas de persistencia o recurrencia del dolor después de descompresión pancreaticoyeyunal para pancreatitis crónica son complejas e incluyen, cambios neuropáticos, obstrucción residual de los conductos pancreáticos o biliares y cáncer pancreático no detectado. (4)

La fistula es una complicación rara de la cirugía probablemente porque el páncreas fibrosos sostiene muy bien los puntos de sutura . Sin embargo si se coloca un drenaje puede no ser una complicación seria y casi siempre con la certeza de cerrara espontáneamente.

A pesar de que las enzimas pancreáticas ahora pueden circular libremente . Es rara cualquier mejoría clínica en el grado de mal absorción . A pesar de esto los pacientes pueden ganar peso porque la mala alimentación produce dolor y los pacientes comen mas el dolor se alivia substancialmente en un 75 - 80 % durante los primeros años de la operación.

Desafortunadamente recurre un número considerable de casos esto pasados los 5 años , Y solo 50 % de los casos sieguen reportando buena mejoría del dolor. En algunos de los casos la recurrencia del dolor puede ser por estenosis de la pancreaticoyeyuno anastomosis la cual puede ser verificada por CPRE: La reconstrucción de la anastomosis puede ser benéfica.

En la mayoría de los casos no hay causa aparente para la recurrencia del dolor por lo que deben de incluirse otras formas de tratamiento por lo que debe ser considerada la resección pancreática.(1)

La resección pancreática debe considerarse para el alivio del dolor cuando el conducto pancreático tiene un diámetro casi normal cuando una pancreaticoyunostomía ha fracasado o cuando los cambios patológicos involucran una parte de la glándula y el resto está menos enferma. Ejemplos comunes son cuando esta especialmente engrosada. (5)

El drenaje ductal se acompaña de una baja mortalidad y con una aceptable morbilidad. En comparación con un drenaje ductal acompañado de resección pancreática distal extensa y con pancreatectomía proximal. Sin embargo el progreso de la insuficiencia endocrina y exócrina posterior a una pancreatoyunostomía tiene un índice de reoperación cercano al 20% por fallas tardías que indican que el drenaje del conducto no altera la historia natural de la pancreatitis crónica.

La pancreatectomía sub-total distal (80 a 95 %) o la pancreatectomía total se ha reservado para aquellos pacientes con fibrosis pancreática severa o con conductos principales pequeños o normales a fallas tardías después de resecciones pequeñas o tempranas con procedimientos de drenaje.

Sin embargo se ha documentado buen control del dolor con en la mayoría de los pacientes sometidos a resección pancreática extensa. Estos procedimientos han sido criticados por las secuelas metabólicas tan serias que producen (diabetes insulino dependiente y esteatorrea).

La pancreatoduodenectomía (procedimiento de Whipple) se ha utilizado en pacientes con enfermedad extensa, que afecta principalmente la cabeza del páncreas. A pesar de la dificultad técnica de la cirugía, (6)

La complejidad para re-establecer la continuidad biliar, pancreática y gastrointestinal, el procedimiento se acompaña de una mortalidad y una morbilidad perioperatoria de 5 y 30 % respectivamente. (6,7)

En resumen las indicaciones para pancreatoduodenectomía en pancreatitis crónica son: enfermedad extensa localizada en la cabeza del páncreas con relativa lejanía con el resto de la glándula, falla temprana en un procedimiento de drenaje del conducto, pseudoquistes múltiples, localizados en la cabeza o en el proceso uncinado del páncreas, sintomatología del tracto gastro biliar y obstrucción asociada con pseudoquistes múltiples o fibrosis pancreática extensa también llamada pseudotumor; y hemorragia arterial por aneurismas inflamatorios que involucran la mayoría de los vasos peripancreáticos. (8)

Sin duda la insuficiencia pancreática exócrina contribuye en la morbilidad temprana o tardía observada en una resección pancreática extensa. La severidad de esta complicación esta relacionada principalmente con la extensión del tejido exócrino resecaado en la cirugía y puede modificarse con procedimientos asociados (eje. gastrectomía distal y pilorectomia) esto altera la fisiología del tracto gastrointestinal alto interrumpe la integridad del eje gastroenterohepático. El índice de esteatorrea después de una pancreatoduodenectomía (55%) es casi el doble al observado después de una pancreatectomía subtotal distal (33%) sin gastrectomía parcial o pilorectomía. Los problemas post operatorios de la esteatorrea (con el procedimiento estadar de Whipple con o sin pancreatectomía total) se asocian a deficiencias nutricionales severas esto puede tratarse adecuadamente con dosis adecuadas de enzimas pancreáticas. No obstante la mayoría de las complicaciones post-gastrectomía (son dumping, diarrea, gastritis por reflujo biliar o esofagitis) y consecuencias metabólicas de este procedimiento a la larga pueden ser inevitables.(6,9)

Hasta 1984 la pancreatoduodenectomía era la única opción para aliviar el dolor, bajo estas circunstancias, desde entonces tres nuevas técnicas se introdujeron para el tratamiento de pacientes con pancreatitis crónica que tenían, dolor un conducto pancreático estrecho en la cabeza del páncreas y que tenían un crecimiento fibrótico marcado de la cabeza del páncreas y con un proceso uncinado que frecuentemente presentaba pequeños pseudoquistes áreas de necrosis y muchos cálculos intraductales. Las tres cirugía se llevaban a cavo en la cabeza del páncreas y con pancreatectomía del 95% con preservación del cuerpo y la cola. Las tres cirugías ofrecen nuevas opciones en el tratamiento de la pancreatitis crónica, el abordaje es parecido a los procedimientos establecidos, la mortalidad es menos que la de una pancreatoduodenectomía. La insuficiencia endocrina y exocrina es menor en estas operaciones ya que el tejido removido es menor que el de una pancreatoduodenectomía o una resección distal del 80 a 95%. Estas tres cirugías tratan efectivamente el crecimiento fibroso de la cabeza del páncreas algunas diferencias se encontraron entre estos procedimientos. La denervación del lecho esplenopancreatico fue descrita por Warren necesitaba dividir el cuello del páncreas, como se hace en la resección con preservación del duodeno de la cabeza del páncreas descrita por Berger.

El procedimiento de Warren incluía la ligadura de la arteria y la vena esplénica el cual no se incluye en el procedimiento de Berger o la resección local de la cabeza con y pancreatoyeyunostomía lateral utilizado por Frey .

La aplicación de procedimientos de resección con preservación de duodeno es aplicable en pacientes con:

- 1) presencia de obstrucción del conducto biliar común causado por pequeños pseudoquistes difíciles de drenar.
- 2) cicatrización en la cual persiste el dolor después de descompresión biliar o del estomago.
- 3) pseudoquiste en el proceso uncinado o en una inaccesible para el drenaje del pseudoquiste.

La pancreatectomía distal de 40 a 80 % es usada cuando la cabeza del páncreas es relativamente normal y el cuerpo y la cola están enfermos.(10)

La esplenectomía puede no ser necesaria en muchos de estos pacientes y la preservación del bazo puede ser importante en la resistencia del huésped a la infección. (10,11)

Ninguna cirugía proporciona por si sola una solución óptima para el manejo del dolor o de las diversas complicaciones de la pancreatitis crónica. La operación debe de escogerse individualizando las necesidades de tratamiento de cada paciente.(12)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

- Cual es la evolución de los pacientes con pancreatitis crónica tratados quirúrgicamente en el HECMNSXXI ?
- Cual es la frecuencia del tratamiento quirúrgico para pancreatitis crónica en el HECMNSXXI ?

OBJETIVOS :

- Conocer la evolución de los pacientes con pancreatitis crónica tratados quirúrgicamente en el HECMNSXXI .
- Conocer la frecuencia del tratamiento quirúrgico para pancreatitis crónica. en el HECMNSXXI.

MATERIAL Y METODOS.

- 1.- Diseño del estudio: Serie de casos.
- 2.- Universo de trabajo: Todos los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico para el manejo de la pancreatitis crónica. En el servicio de cirugía gastrointestinal del hospital de Especialidades Centro Medico Nacional Siglo XXI del periodo de 1986-1997.
- 3.- Variables.-

a) Según Metodología son:

- Dependiente: La evolución del paciente
- Independiente: El tratamiento quirúrgico.

b) Descripción Operativa :

-La técnica quirúrgica es el procedimiento realizado por el cirujano tratante, este se decide por el cirujano tratante y las características clínicas del paciente

- El tiempo de evolución es aquel que se refiere desde el inicio de la sintomatología.

- La etiología será determinada de acuerdo los antecedentes, características clínicas y estudios que apoyen el diagnóstico.

- El tratamiento previo es aquel que el paciente haya recibido previo al procedimiento quirúrgico.

-El tratamiento quirúrgico coadyuvante es aquel se realizó en la presencia de patología asociada, que pudo tener relación directa con la enfermedad .

-Cronicidad del dolor: Inicio de sintomatología dolorosa en meses.

4.- Selección de la muestra:

a) Tamaño de la muestra:

Se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico de pancreatitis crónica admitidos en el HECMNSXXI periodo comprendido de 1986-1997.

b) Criterios de Selección .

I) Criterios de Inclusión:

Todos aquellos pacientes con diagnóstico de Pancreatitis crónica admitidos den el HECMNSXXI y tratados quirúrgicamente durante el periodo de 1986 a 1997 .

II) Criterios de no inclusión:

Aquellos pacientes con diagnóstico de pancreatitis crónica y que no recibieron tratamiento quirúrgico.

III) Criterios de exclusión:

Se excluirán aquellos pacientes con diagnóstico de pancreatitis crónica intervenidos quirúrgicamente, pero que la cirugía no fue orientada al tratamiento de la pancreatitis crónica así como los pacientes que no hayan tenido seguimiento.

5.- Procedimientos

Se revisaron todos los expedientes y archivos clínicos de los pacientes ingresados en el servicio de cirugía gastrointestinal del HECMNSXXI en el periodo comprendido de 1986 a 1997 con diagnóstico de Pancreatitis Crónica y tratados quirúrgicamente obteniéndose información según las variables a estudiar y se recolectaron en su hoja de recolección de datos.(Anexo 1) .

6. Análisis Estadístico

Estadística descriptiva.-.

a) Promedio \pm desviación estándar para variables de edad tiempo de evolución.

b) Porcentaje de la frecuencia para las variables de dolor, sexo y tipo de cirugía.

CONSIDERACIONES ETICAS

A pesar de que el estudio es retrospectivo los resultados del mismo se mantendrán de manera confidencial, no requiere, de autorización del paciente, la información fue tomada del archivo clínico, de la unidad. Por las características del estudio no influye en la evolución del paciente.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

Humanos:

Médicos de Base y Residentes el servicio de Cirugía gastrointestinal del HECMNSXXI.

Materiales:

Papel, hojas, lápiz, computadora,

Financieros:

No requiere.

RESULTADOS

El ingreso hospitalario al servicio de Cirugía Gastrointestinal en un periodo de 10 años fue de 9,250 pacientes. Durante el periodo comprendido de 1986-1997, ingresaron 28 pacientes con diagnóstico de pancreatitis crónica, de los cuales, recibieron tratamiento quirúrgico un total de 8 pacientes con un promedio de edad de 43 años ± 15 de desviación estándar.

Edad

Promedio	43
Desviación Estándar	± 15

El rango de edad varía de entre 25 a 72 años. Se presentó con mas frecuencia en el sexo masculino con 5 que representa un 62% de la muestra, a diferencia de 3 en el sexo femenino que nos muestra un 38%.

Sexo

Masculino	62 %
Femenino	38 %

Dentro de los antecedentes se encontró que 3 de los pacientes cursaron con diabetes mellitus tipo II, 2 de ellos con hipertensión arterial sistémica. De ellos, 4 contaban con antecedente de múltiples cirugías, de las cuales, por lo menos una era abdominal en cada uno de ellos.

Ninguno de los pacientes contaba con antecedente de alcoholismo crónico como factor predeterminante para el desarrollo de pancreatitis crónica, de la muestra solo 3 pacientes, que representan un 19%, contaban con colangiopancreatografía retrograda endoscópica, además, 2 de ellos tenían tomografía axial computada y 2 con reporte histopatológico de pancreatitis crónica.

La totalidad de los pacientes presentó, en por lo menos una ocasión, cuadros de dolor esteatorrea, nauseas y vomito.

El dolor fue el síntoma constante en los 8 pacientes, el cual se presentó con una duración promedio de 18 meses (± 13 de desviación estándar) y con un rango entre los 2 y los 36 meses.

Cronicidad de dolor

<i>Promedio</i>	<i>18 meses</i>
<i>Rango</i>	<i>entre 2 y 36 meses</i>
<i>Desviación Estándar</i>	<i>± 13 meses</i>

Todos los pacientes recibieron terapia medica para alivio del dolor con opiáceos, del tipo de la nalbufina y buprenorfina, los cuales, en la mayoría de los casos provocó adicción a los mismos, por lo cual se decidió el tratamiento quirúrgico en todos los casos.

Se excluyeron del presente estudio aquellos pacientes que no recibieron tratamiento quirúrgico. Así mismo no se incluyeron a los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico no relacionado con la pancreatitis crónica.

Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron:

- *Colecistectomía mas exploración de vías biliares y colédoco yeyuno anastomosis.*
- *Pancreatotomía transversal mas dilatación y drenaje del conducto pancreático principal.*
- *Colecistectomía con exploración de vías biliares y derivación del conducto de Wirsung.*
- *Pancreático yeyunostomía látero-lateral*
- *Colecistectomía con pancreatostomía mas derivación externa del conducto de Wirsung.*
- *Pancreatectomía parcial, coledocostomía, yeyunostomía y resección quirúrgica de pseudoquistes.*
- *Pancreático yeyuno anastomosis látero-lateral con "Y" de Roux y*
- *Resección del cuerpo y cola del páncreas mas esplenectomía por tumoración extensa.*

Se realizaron un total de 3 colecistectomias que corresponden a un 19 % de la muestra, mientras que la exploración de la vía biliar se realizo en un 13% que corresponde a 2 pacientes.

En 5 pacientes se realizaron pancreaticoyeyuno anastomosis correspondientes a un 30%, por otro lado el 19% de los pacientes se les practicó derivación externa del conducto pancreático principal, y 3 de ellos (19%) ameritaron de resección pancreática.

<i>Cirugías</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Colecistectomía</i>	3	19 %
<i>EVB</i>	2	13 %
<i>Pancreato Yeyuno</i>	5	30 %
<i>Derivación Ext.</i>	3	19 %
<i>Resección</i>	3	19 %

En cuanto a la evolución post operatoria, se presentó una buena recuperación en el 50% de los pacientes, los cuales evolucionaron satisfactoriamente de una manera rápida y con una mejoría considerable en la sintomatología.

Otros 2 pacientes (25%), presentaron una evolución regular, ya que tuvieron alteraciones metabólicas que respondieron adecuadamente al tratamiento medico y sin complicaciones.

El 25% de los pacientes presento una mala evolución, uno de ellos presento fistula pancreática y otro desarrollo un pseudoquistes con infección del mismo, por lo cual fue reintervenido.

Evolución Post Operatoria

<i>Buena</i>	50 %
<i>Regular</i>	25 %
<i>Mala</i>	25 %

De igual manera, el dolor post operatorio fue leve en 2 pacientes (25%), con presentación eventual del mismo y cedía sin la administración de narcóticos.

Por otro lado, la resolución del dolor post operatorio fue moderado en un 50% de los pacientes, en los cuales el dolor era ocasional y que cedía con la administración de narcóticos. Pero se presentó de manera severa en el 25% de los pacientes restantes, los cuales persistían con el dolor y dependencia a narcóticos, a pesar del tratamiento quirúrgico.

Dolor Post Operatorio

<i>Leve</i>	<i>25 %</i>
<i>Moderado</i>	<i>50 %</i>
<i>Severo</i>	<i>25 %</i>

DISCUSION

El tratamiento quirúrgico de la pancreatitis crónica debe considerarse cuando la terapéutica médica ha fallado en el control del dolor. El dolor es la principal indicación quirúrgica para el tratamiento de la pancreatitis crónica. El éxito de la cirugía es aliviar el dolor abdominal y de espalda interrumpiendo el ciclo de admisiones repetidas al hospital, dependencia de narcóticos o ambas.

La revisión realizada en el HECMNSXXI en un periodo de 11 años se encontró una incidencia muy baja de ingresos hospitalarios con diagnóstico de pancreatitis crónica, pero, debe tomarse en cuenta, que estos pacientes son tratados médicamente en otros servicios y referidos posteriormente para valoración de una terapéutica quirúrgica. (1,2,3,5,6,10)

Al igual que en la mayoría de los centros hospitalarios los pacientes del estudio contaban con síntomas relacionados con la enfermedad como son el, dolor abdominal que se presentó en el 100 % de los casos la esteatorrea la náusea y el vómito. (1,5,6,10)

El alivio del dolor con la cirugía fue menor en esta revisión, de 25 % de los pacientes con dolor leve comparado con 80% de lo reportado por otros autores. Ya que la población de esta revisión es mucho menor que la de otros estudios. (1,10)

El 25 % de los pacientes presentaron dolor moderado después de la cirugía lo cual ya que se encuentra dentro de lo reportado en otras publicaciones. (1,4,10)

CONCLUSIONES

El tratamiento quirúrgico de la pancreatitis crónica incluye una serie de procedimientos combinados encaminados a resolver el dolor y las complicaciones de la misma. A pesar de los múltiples procedimientos que se realizan el problema e dolor, mal absorción e insuficiencia exócrina persiste.

Por esta razón se debe diagnosticar y protocolizar minuciosamente a todos los pacientes con estudios preoperatorios con tomografía axial computada ,y pancreatografía retrograda endoscópica ,así como individualizar cada caso para seleccionar la técnica y los procedimientos mas adecuados para la resolución los problemas que conlleva a la pancreatitis crónica .

De tal manera que se requiere de un estudio prospectivo que evalúe cada uno de los procedimientos y así determinar su eficacia.

ANEXO 1**HOJA DE RECOLECCION DE DATOS**

Nombre _____

Edad _____ Sexo _____ N° de Afiliación _____

SINTOMATOLOGIA _____

DOLOR Leve () Moderado () Severo ()

Cronicidad _____ meses

TRATAMIENTO MEDICO _____

NARCOTICOS: Si () No () Dosis _____

Duración _____

APNP.- _____

Alcoholismo : Leve () Moderado () Severo ()

Tabaquismo Leve () Moderado () Severo ()

APP: _____

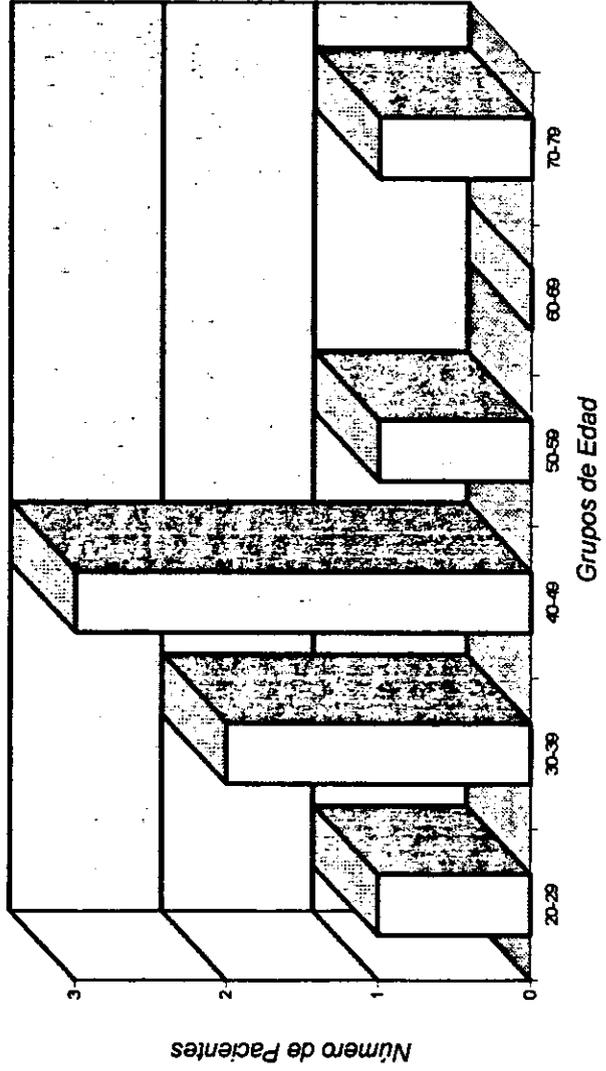
CIRUGIA DE PANCREAS _____

EVOLUCION : Buena () Mala () Regular ()

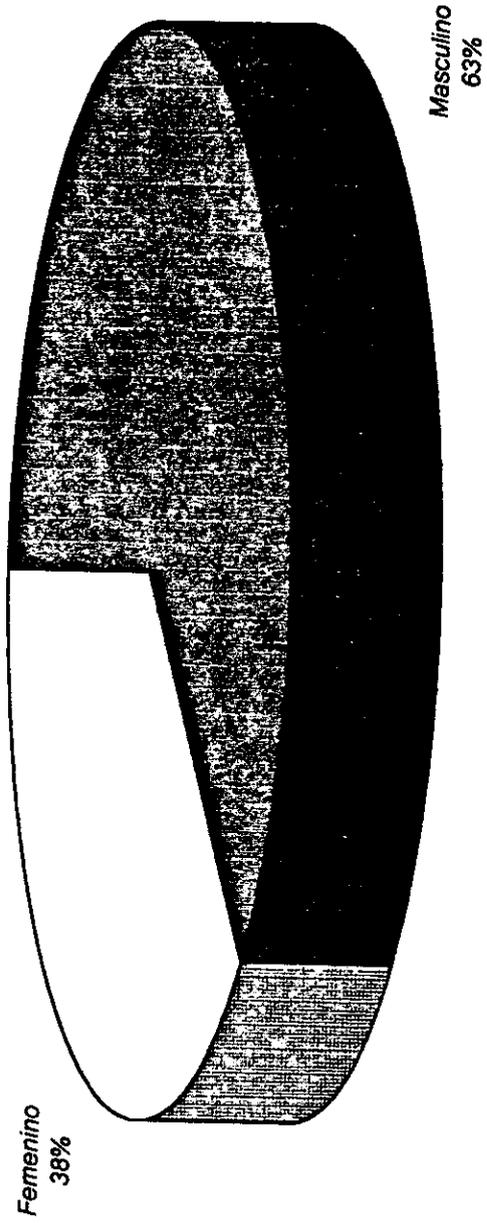
DOLOR post qx.- Leve () Moderado () Severo ().

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

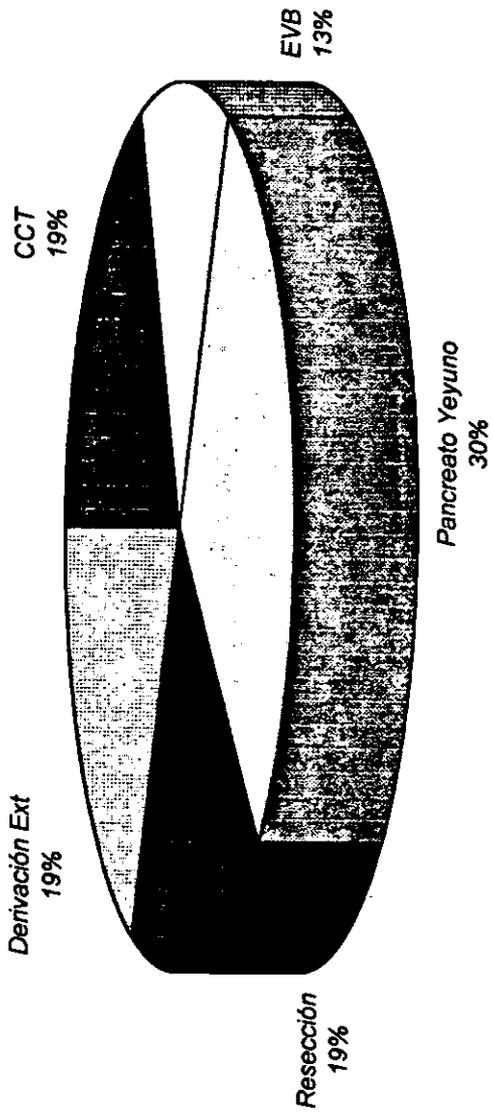
Grupos de Edad



Presentación por Sexo



Procedimientos Quirúrgicos

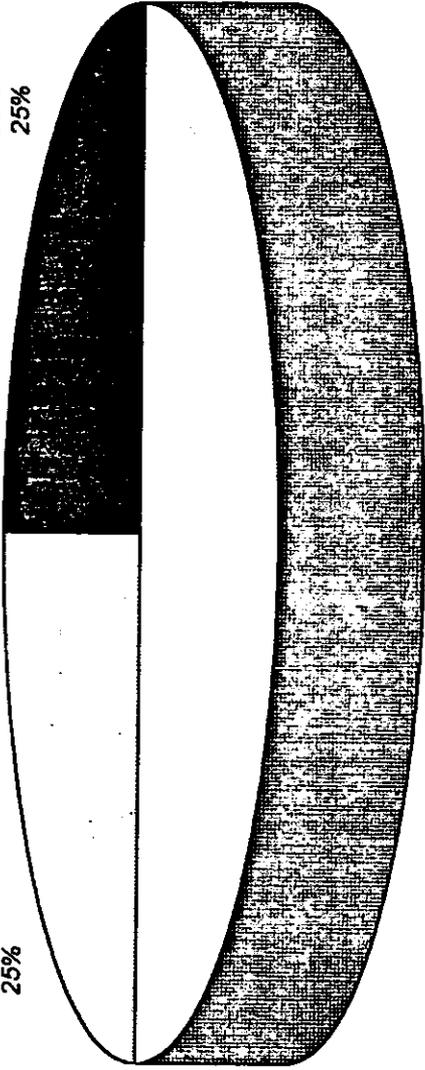


Dolor Post Operatorio

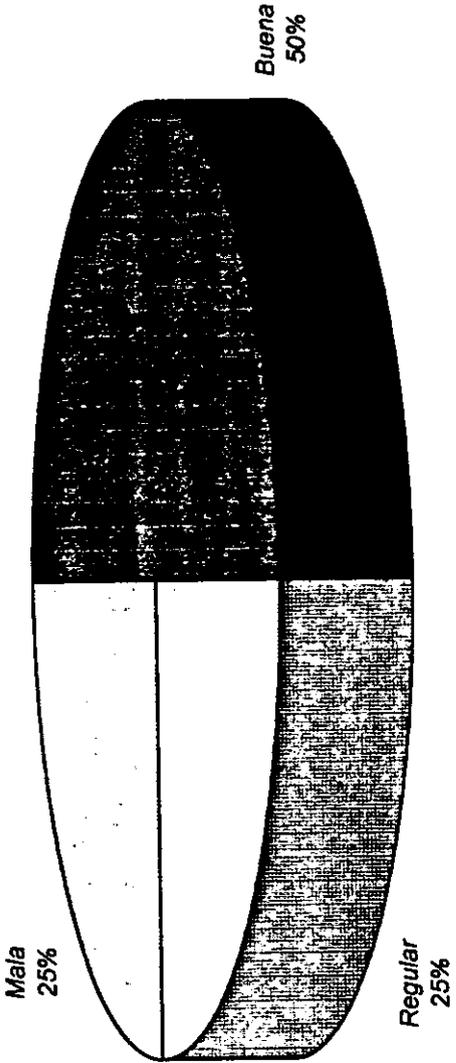
Severo
25%

Leve
25%

Moderado
50%



Evolución Post Operatoria



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.-Schwartz SI. Maingot's Abdominal Operations. 9 th ed. Appleton & Lange. Vol II 1593-1616..
- 2.-Hakaim AG, Broughan TA. Long-term results of the management of chronic pancreatitis . Am-Surg. 1994;60 (5) :306-308
- 3.-Talamini G, Bassi C, Falconi M, Sartori N. Pain relapses in the first years of chronic pancreatitis. Am. J. Surg. 1996 ; 171(6) : 565-569.
- 4.-Markowitz JS, Rattner DW. Failure of symptomatic relief after pancreaticojejunal decompression for chronic pancreatitis. Strategies for salvage. Arch. Surg. 1994; 129 (4) :374-380.
- 5.-Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC. Principles of Surgery 6 th. ed. . Vol II; :1413-1421
- 6.-Zudeima GD. Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract. . 3 rd Edition. Vol III:37-67.
- 7.-Ammann RW, Heitz PU. Cause of alcoholic chronic pancreatiti: a prospective clinicomorphological long term study. gastroenterology. 1996 ; 111 (1): 224-231.
- 8.-Frey CF. The role of pancreatectmy and pancreaticojejunostomy in chronic pancreatitis. J:Surg.Res. 1981;31 : 361-365.
- 9.-Barens SA, Lillemo KD, Kaufman HS. Pancreaticoduodenectomy for benign disease. Am. J. Surg 1996 ; 171 (1) : 131-135.
- 10.-Nyhus LM. Mastery of Surgery . 2 nd. Ed. Vol II.: 1021-1049.
- 11.-Kimura W, Inoue T, Futakawa N, ShinKai H. Spleen preserving distal pancreatectomy with conservation of the splenic artery and vein. Surgery; 1996; 120 (5) : 885-990.
- 12.-Ho HS, Frey CF. Current aproach to the surgical management of chronic pancreatitis. Gastoenterologist. 1997 ; 5 (12): 128-136.