

11209

78



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S.D.
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

TRATAMIENTO TEMPRANO DE LA PANCREATITIS BILIAR:
TRATAMIENTO QUIRURGICO VERSUS TRATAMIENTO
MEDICO. ESTUDIO COMPARATIVO.

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:



ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

R E S E N T A :

DR. ANTONIO RAMIRO MARTINEZ MARTINEZ

DIRECCION DE ENSEÑANZA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO.
DR. ENRIQUE FERNANDEZ HIDALGO

299918



MEXICO, D.F.

FEBRERO 2001



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

TRATAMIENTO TEMPRANO DE LA PANCREATITIS BILIAR:
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO VERSUS TRATAMIENTO MEDICO. ESTUDIO
COMPARATIVO

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
P R E S E N T A:
DR. ANTONIO RAMIRO MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ASESOR DE TESIS:
DR. VICENTE GONZÁLEZ RUIZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO.
DR. ENRIQUE FERNÁNDEZ HIDALGO

MÉXICO D.F.

FEBRERO 2002.

DR. EDUARDO DE ANDA BECERRIL.
JEFE DE ENSEÑANZA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.

DR. ENRIQUE FERNÁNDEZ HIDALGO.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIDAD
MÉDICA

DR. VICENTE GONZÁLEZ RUIZ
MÉDICO DE BASE DEL SERVICIO CIRUGÍA GENERAL



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

“ Sobre todo, sean siempre capaces de sentir en lo más hondo cualquier injusticia cometida contra cualquiera , en cualquier parte del mundo. Es la cualidad más linda de un revolucionario.”

Dr. Ernesto Guevara De La Serna.

DEDICATORIA.

A mi madre Angélica por su siempre eterno amor y cariño , a quien debo cuanto soy.
A mi padre Silvano por apoyarme en todo momento.

A mi hermano Luis, por haberme guiado por los siempre difíciles caminos de la vida.

A Alejandrina, mi compañera de viaje, por su infinita comprensión, amor y dulzura que me ha brindado .

A mis hijas Angélica Michiru y Paola Midori ,quienes conforman una hermosa misión en mi vida.

A Rodriguito.

A mi tío Raúl

A mi maestro Dr. Vicente González Ruiz, por sus enseñanzas y su colaboración en el presente trabajo.

A mi maestro Dr. Enrique Fernández Hidalgo por la valiosa experiencia que siempre nos ha transmitido.

A mis maestros José de Jesús Martínez Robles, Ramón Vázquez Ortega, Rafael Gutiérrez Vega

A los que han sido y serán por siempre mis maestros.

José de Jesús Martínez Robles
Ramón Vázquez Ortega
Rafael Gutiérrez Vega
Dr. Francisco Galindo González.
Dr. Manuel Gallo.
Dr. Sergio González Díaz.
Dr. Oscar Chapa Azuela.
Dr. Cesar Athie Gutiérrez.
Dr. Armando Vargas Domínguez.
Dr. Carlos López Sánchez.

Dr. José Luis Alcudia.
Dr. Amante Blas.

Dr. Abel Jalife.
Dr. Carlos Cervantes.
Dr. Noé Gracida.

A todos los Médicos que integran el servicio de cirugía general que han contribuido en mi formación.

A mis amigos y compañeros.

ÍNDICE.

Introducción.....	1
Marco teórico.....	2
Planteamiento del problema.....	8
Justificación	9
Objetivos.....	10
Hipótesis.....	11
Diseño.....	11
Material y métodos	12
Universo de estudio.....	12
Ubicación espaciotemporal.....	12
Obtención y tamaño de la muestra.....	12
Criterios de inclusión.....	13
Criterios de exclusión.....	13
Variables.....	13
Procedimiento de captación de información.....	15
Resultados.....	16
Discusión.....	26
Conclusiones	29
Referencias.....	30

INTRODUCCIÓN.

El páncreas es una glándula con función exocrina y endocrina, que regula múltiples funciones, principalmente de carácter digestivas y de regulación del metabolismo. La patología de esta glándula, dada su complejidad es diversa, y generalmente es de origen inflamatorio. Una de las patologías más comunes, es la pancreatitis aguda cuya incidencia no se encuentra bien establecida, llegándose a reportar hasta 5000 casos nuevos por año en los Estados Unidos.

La ubicación anatómica del páncreas, así como las manifestaciones clínicas diversas y poco específicas, implican que el diagnóstico y tratamiento se consideren como un gran reto. El estudio de la etiología y comportamiento natural de la pancreatitis aguda, ha permitido establecer mejores métodos diagnósticos, y mejores tratamientos con el fin de disminuir los altos índices de mortalidad y morbilidad, que implica dicha patología; sin embargo los resultados que arrojan los estudios clínicos tanto retrospectivos y prospectivos, con respecto al tratamiento, han generado controversia, dando lugar a varios abordajes terapéuticos sin poder llegar a un consenso y poder unificar criterios de aplicación.

El presente trabajo se presenta para exponer de forma breve un panorama del estado actual de pancreatitis aguda, en particular, aquella de origen biliar, en el Hospital General de México y evaluar los diferentes tipos de abordaje terapéutico que se utilizan en forma temprana.

TRATAMIENTO TEMPRANO DE LA PANCREATITIS BILIAR:
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO VERSUS TRATAMIENTO MEDICO. ESTUDIO
COMPARATIVO

MARCO TEORICO.

La pancreatitis aguda es una patología del páncreas exócrino que se caracteriza por lesión aguda de la célula acinar con la consecuente respuesta inflamatoria a nivel regional y sistémica. Dicha entidad presenta un amplio espectro de manifestaciones clínicas y patológicas, que contribuyen a elevadas cifras de morbilidad y mortalidad.(1)

El avanc

e tecnológico, que involucra nuevas herramientas para el diagnóstico de enfermedades, así como el mejor entendimiento, en particular de la fisiopatología de la pancreatitis aguda, han contribuido en el aumento de su incidencia; se reporta que la incidencia de dicha patología entre 1960 y 1990 se incrementó 10 veces con una mortalidad que fluctúa entre el 2 y 10% (2) Actualmente se reporta una frecuencia que va de 10 a 17 casos por cada 100, 000 habitantes en los estados Unidos con una mortalidad del 10% (2),(3). No obstante dichos datos, la incidencia real , es difícil de precisar ante las distintas variaciones del cuadro clínico y la elaboración del diagnóstico correcto, de igual forma las características de la población en relación a sus hábitos y alimentación, serán un factor determinante para las variaciones de la incidencia. El rango de edad de presentación varía dependiendo la etiología, en general es más común en adultos de entre 30 y 70 años; con respecto a la distribución del sexo, las series de pancreatitis de origen biliar reportan un predominio por el sexo femenino, en contraposición con las de origen alcohólico, en donde predomina el

sexo masculino. En relación a la distribución geográfica, se refiere que el origen biliar es más común en la Gran Bretaña y otros países de Europa del este, con una incidencia de más del 50%, al igual que en algunas series de los Estados Unidos en donde se reporta un origen biliar en pancreatitis del 50 al 60%, no obstante que al origen alcohólico se le refiere un 53%. (3) (4)

La pancreatitis aguda tiene su fundamentación fisiopatológica en una cascada de eventos que pueden ser divididos en dos fases: una temprana y una tardía. La etapa temprana se caracteriza por la lesión primaria de la célula acinar, con la consecuente activación de enzimas digestivas que generan lesión tisular iniciando un proceso de inflamación. Como resultado inmediato, se observa la producción de citocinas que amplifican dicha reacción, hasta presentar manifestaciones sistémicas, siendo la característica principal de la segunda etapa. (5).

Las citocinas liberadas se clasifican a su vez en pro y antiinflamatorias. El factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) y las interleucinas 1 y 6 promueven el desarrollo de una reacción inflamatoria, iniciando la síntesis de factores de crecimiento, de diversas líneas celulares, así como la migración de fibroblastos, macrófagos y polimorfo nucleares, de igual forma promueven cambios en el endotelio vascular dando como resultado fenómenos de vasoconstricción y vasodilatación, así como un aumento de la permeabilidad vascular, esta respuesta cuando se generaliza y se hace sistémica se denomina como síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), caracterizada clínicamente por fiebre, taquicardia, taquipnea y leucocitosis principalmente. El SIRS, hasta cierto punto, cumple con la función de mantener en óptimas condiciones el sistema inmunológico ante una agresión inicial, de ahí que se encuentre regulado por otras citocinas como la

interleucina IL 10 y el antagonista del receptor IL-1 (IL-1ra) quienes provocan una respuesta denominada síndrome de respuesta antiinflamatoria compensatoria (CARS), caracterizada por la inhibición de la producción de TNF-alpha , así como la inhibición de la función de la IL 1. Los cambios locales y sistémicos de la interacción de dichas citocinas ocurren en un lapso de 3 a 5 días, periodo en el cual se recobra la homeostasis en el organismo , sin embargo si se presenta un segundo evento de agresión, dicho cuadro se perpetúa perdiéndose el control de las citocinas, condicionando al síndrome de falla orgánica múltiple, (MODS), causa de muerte en la mayoría de los casos de pancreatitis aguda. Esta última observación funciona como un fundamento para evitar un tratamiento quirúrgico , el cual puede funcionar como un segundo evento de agresión dando lugar al desarrollo casi irreversible del MODS. El funcionamiento de las citocinas tanto pro como anti inflamatorias, cobra un papel de gran importancia en la fisiopatología de la pancreatitis aguda, e inclusive nos abre un extenso panorama de posibilidades para opciones, tanto de diagnóstico, pronóstico y de terapéutica.(5) (6) (7)

Esta serie de eventos puede ser desencadenada por varias condiciones clínicas, sin embargo se pueden considerar tres principales como son el alcoholismo, la litiasis biliar y otras. El mecanismo por el cual llegan a precipitar la lesión acinar no es del todo comprendida.

La etiología biliar de la pancreatitis aguda fue propuesta por Opie en 1901, que postulaba lo siguiente : 1) la necrosis pancreática resulta de una autodigestión, debida a la activación de la tripsina pancreática; 2) La pancreatitis es debida a una obstrucción del flujo causada por la impactación ampular de litos biliares. 3) las bacterias no juegan un papel importante en el inicio de la patología , pero actúan como oportunistas invadiendo áreas de necrosis pancreática y 4) la pancreatitis leve puede evolucionar a necrosis pancreática. (8) Dichos postulados fueron retomados hasta 1974 cuando Acosta y Kelly de forma

independiente, realizaron estudios para corroborar la etiología biliar en la pancreatitis aguda. Por otra parte dichos postulados actualmente cuentan con numerosos estudios que comprueban la implicación de la litiasis biliar , así como otros en donde no se demuestra relación alguna.

En 1974 Juan Miguel Acosta realiza un estudio en donde demuestra la presencia de litos biliares en heces, en 34 de 36 pacientes con antecedente reciente de pancreatitis aguda, con lo que infiere la posibilidad de la migración de un lito a través del ampulla de Vater , causando una oclusión parcial, dando origen a un cuadro de pancreatitis aguda.(9) Esta aseveración implicaría una hipertonicidad del esfínter de Oddi, que elevara la presión dentro de la vía biliar y el conducto intrapancreático, fenómeno que no ocurre en todos los casos. e inclusive se han realizado estudios manométricos reportando hipotonicidad en pacientes con pancreatitis biliar.(10) _Armstrong y colaboradores sugieren a través de un estudio realizado en ratas, que el factor más importante que lesiona la integridad del conducto pancreático, es el jugo biliar , el cual se potencializa con un aumento de presión en relación a la presión basal del conducto intrapancreático, descartando el efecto de la presencia de bacterias. (11). Mizumoto y colaboradores agregan como otro factor agregado a la bilis , la presencia de bacterias y lo asocian como otro factor de gran importancia para el desarrollo de pancreatitis. (12). El factor común en estos estudios es la obstrucción, que se considera como condicionante para el reflujo y la consecuente exposición, de material biliar, estéril o infectado en la mucosa del conducto pancreático. Rünzi y colaboradores, presentan un modelo animal , en donde reproducen la condición de obstrucción, con el consecuente desarrollo de pancreatitis manejando grupos de animales a los que ofrece tratamiento descompresivo en diferentes tiempos, concluyendo, que en cuanto más temprano se trate el fenómeno obstructivo, más posibilidades de recuperación del tejido

pancreático existe, por el contrario, la falta de descompresión guía a la necrosis y muerte del modelo animal; dichos resultados funcionan como soporte teórico, de la terapéutica que señala la pronta instalación de un tratamiento descompresivo en los pacientes con pancreatitis biliar. (13). Sin embargo tales resultados , carecen de una solidez total, al tratarse de modelos animales , además que los diferentes ensayos experimentales arrojan resultados diferentes, no integrándose un consenso definitivo. Más aún, recientemente se han realizado estudios bioquímicos de las características de la bilis de pacientes con pancreatitis idiopática , con ausencia de litiasis vesicular y el consecuente proceso obstructivo, demostrándose la presencia de microcristales en un 75 % , en comparación del 90% que se demuestran en pacientes con pancreatitis biliar, lo cual sugiere una posible asociación etiológica, cuyo mecanismo no ha sido dilucidado por completo. (14). Como se mencionó, los resultados no presentan una concordancia apoyando la etiología biliar, Arent utilizó material biliar obtenido por CPRE de pacientes con pancreatitis y lo instilo en un modelo animal, obteniendo en solo 29% inflamación de la glándula pancreática, tanto en sus variables de material biliar estéril , como en su variable con bilis infectada , lo cual implica un aspecto multifactorial de la etiología biliar. Lichtenstein, por su parte, reitera la importancia de la presencia de presiones altas en el sistema de conductos pancreáticos. Presenta un modelo en donde instila solución salina, al igual que sales biliares, a altas presiones , induciendo daño a nivel del endotelio del conducto pancreático, con el consecuente evento inflamatorio sistémico y su repercusión en otros órganos, principalmente a nivel pulmonar . (15).

La complejidad que implica la fisiopatología de la pancreatitis biliar y los diferentes resultados obtenidos, han generado la controversia actual en relación al tratamiento, ya que a partir de los estudios de Acosta, quien en diferentes estudios prospectivos , sostiene que el

tratamiento quirúrgico temprano, basado en descomprimir la vía biliar, y o retirar la vesícula biliar como factor predisponente para recidiva, es crucial para evitar complicaciones, y la probable progresión hacia un estado de severidad y/o la muerte. Sin embargo Kelly y Ranson, cuestionan el tiempo de la realización del tratamiento quirúrgico, atribuyendo al abordaje quirúrgico temprano un mayor índice de mortalidad y morbilidad, por lo que sugieren, la realización del mismo una vez que se haya autolimitado el proceso pancreático.

El precepto común del cual parte dicha discusión, es la necesidad de realizar la cirugía biliar, ya sea la colecistectomía sola o junto con la exploración de las vías biliares. Actualmente con el advenimiento de la cirugía de mínima invasión, el tratamiento endoscópico cobra una importancia relevante. Neoptolemos con base a estudios aleatorios en donde plantea la realización de CPRE y esfinterotomía de forma urgente, reporta un éxito de 94 y 80% en paciente con pancreatitis moderada y severa respectivamente, así como una mortalidad del 2%, demostrando una mejor efectividad del manejo endoscópico sobre el tratamiento médico.(16) Ricci y colaboradores en 1997, sugieren la realización de CPRE y esfinterotomía, seguida de colecistectomía laparoscópica con un éxito de 85%. Estudios posteriores reportan para el tratamiento de colédocolitiasis un éxito de 91% cuando se emplea el tratamiento quirúrgico , en contraste con el 79% de éxito con solo la realización de esfinterectomía. (17). Estos resultados demuestran, la posibilidad de cuestionar dicho tratamiento, sin embargo ante todo, se observa una disminución importante dela mortalidad , en comparación con los procedimientos quirúrgicos abiertos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El tratamiento de la pancreatitis biliar, resulta controversial , ante los diferentes resultados, tanto con respecto a la asociación entre litiasis vesicular y el desarrollo de pancreatitis, como ante los reportes de mortalidad en pacientes con tratamiento quirúrgico temprano, que van de 2 al 47.8%. Sin embargo , la misma realidad de encontrar resultados diversos en pro o en contra de un tratamiento específico, nos obliga a pensar en el amplio margen de decisión ante una patología tan importante como es la pancreatitis.

Con base en los resultados antes expuestos, es claro que se deba encontrar una diferencia significativa en relación a mortalidad, morbilidad, días de hospitalización , al aplicar los diferentes tipos de tratamiento temprano, por lo que un estudio comparativo, a evaluar dichas variables nos brindara un panorama , ya sea para continuar con una evaluación más exhaustiva, o desechar un tratamiento que no ofrezca suficiente seguridad a nuestros pacientes.

La discrepancia en torno al tratamiento de la pancreatitis de origen biliar, también se encuentra presente en nuestro medio, lo que da como resultado la aplicación de criterios diferentes en el manejo de dicha patología, sin embargo hasta ahora no se cuenta con resultados que emanen de dicha discrepancia, lo que en un momento nos brindaría resultados para evaluar de forma más específica, compararlas con la experiencias de otros centros, y de igual forma se daría un diagnóstico del funcionamiento y la posibilidad de realizar modificaciones, a bien de otorgarle un margen óptimo de eficacia , a favor de un adecuado tratamiento de nuestros pacientes.

De lo anterior surge la necesidad de establecer :

1. ¿Qué tipo de tratamiento se le brinda a los pacientes de pancreatitis biliar ?
2. ¿Existe alguna diferencia significativa entre los tratamientos empleados?
3. ¿Cuál es la incidencia de la pancreatitis biliar en Hospital General de México?.

JUSTIFICACIÓN

El conocer una perspectiva del funcionamiento de uno o varios tratamientos encaminados a atender una patología determinada, nos brinda la posibilidad, de realizar un análisis basado tanto en evidencias de nuestro hacer médico, como en la información que se genera en ámbitos de atención hospitalaria, como en centros de investigación clínica, y hacernos partícipes de el desarrollo médico que continuamente evoluciona para finalmente tratar de contribuir en el conocimiento. En el caso de los tratamiento de la pancreatitis de origen biliar, nos dará un panorama de la conducta que existe en nuestro Hospital General, y de igual forma no brindará la posibilidad de observar fallas, así como la posibilidad de homogenizar criterios y realizar dichos tratamiento de una forma más sistemática , no perdiendo de vista el carácter individual de el desarrollo de la pancreatitis , es decir dejando la posibilidad de realizar variaciones justificadas en cada uno de los tratamiento, o en su caso extremo de eliminarlos.

De lo anterior surge la necesidad de establecer :

1. ¿Qué tipo de tratamiento se le brinda a los pacientes de pancreatitis biliar ?
2. ¿Existe alguna diferencia significativa entre los tratamientos empleados?
3. ¿Cuál es la incidencia de la pancreatitis biliar en Hospital General de México?.

JUSTIFICACIÓN

El conocer una perspectiva del funcionamiento de uno o varios tratamientos encaminados a atender una patología determinada, nos brinda la posibilidad, de realizar un análisis basado tanto en evidencias de nuestro hacer médico, como en la información que se genera en ámbitos de atención hospitalaria, como en centros de investigación clínica, y hacernos partícipes de el desarrollo médico que continuamente evoluciona para finalmente tratar de contribuir en el conocimiento. En el caso de los tratamiento de la pancreatitis de origen biliar, nos dará un panorama de la conducta que existe en nuestro Hospital General, y de igual forma no brindará la posibilidad de observar fallas, así como la posibilidad de homogenizar criterios y realizar dichos tratamiento de una forma más sistemática , no perdiendo de vista el carácter individual de el desarrollo de la pancreatitis , es decir dejando la posibilidad de realizar variaciones justificadas en cada uno de los tratamiento, o en su caso extremo de eliminarlos.

OBJETIVOS:

A) OBJETIVO GENERAL: Establecer si existe alguna diferencia significativa entre los tratamientos tempranos aplicados a los pacientes con pancreatitis biliar en el Hospital General de México, comparando mortalidad, morbilidad y días de hospitalización .

B) OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar la incidencia de la pancreatitis biliar en el Hospital General de México .
2. Determinar la mortalidad y morbilidad general de la pancreatitis biliar en el HGM:
3. Determinar la frecuencia de aplicación de cada uno de los tratamientos tempranos.
4. Determinar cuales son las complicaciones más frecuentes de cada uno de los tratamientos y la incidencia.
5. Determinar la mortalidad de cada uno de los tratamientos.

HIPÓTESIS.

Ho: No existe diferencia significativa entre el tratamiento médico y el tratamiento quirúrgico temprano para la pancreatitis de origen biliar.

Ha: Existen diferencias significativas entre la aplicación de un tratamiento medico temprano y el tratamiento quirúrgico temprano.

DISEÑO.

Estudio observacional retrospectivo longitudinal comparativo.

HIPÓTESIS.

Ho: No existe diferencia significativa entre el tratamiento médico y el tratamiento quirúrgico temprano para la pancreatitis de origen biliar.

Ha: Existen diferencias significativas entre la aplicación de un tratamiento medico temprano y el tratamiento quirúrgico temprano.

DISEÑO.

Estudio observacional retrospectivo longitudinal comparativo.

MATERIAL Y MÉTODOS.

UNIVERSO DE ESTUDIO:

Pacientes con diagnóstico de pancreatitis de origen biliar, que recibieron tratamiento médico o tratamiento quirúrgico temprano.

UBICACIÓN ESPACIOTEMPORAL.:

Pacientes con pancreatitis de origen biliar ingresados y tratados en el Hospital General de México O. D. durante los últimos 5 años. (Enero de 1996 y junio de 2001).

OBTENCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se solicitó al servicio de epidemiología un listado de pacientes , así como sus respectivos expedientes con el diagnóstico de pancreatitis aguda ingresados en la unidad de urgencias del Hospital General de México O.D: encontrándose un total de 65 pacientes con diagnóstico de pancreatitis de origen biliar, de los cuales se excluyeron 15 al aplicárseles los criterios de exclusión.

(N:50)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes con diagnóstico de pancreatitis biliar, corroborado por cuadro clínico, elevación de amilasa sérica 2 veces por arriba del valor de referencia normal, así como la asociación a patología biliar corroborada por antecedentes, cuadro clínico, evidencia ultrasonográfica de, colecistitis crónica litiásica , colédocolitiasis.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Pacientes con antecedentes de alcoholismo importante.
2. Pacientes que recibieron algún tipo de tratamiento en otra unidad hospitalaria.
3. Pacientes cuyo expediente estuviera incompleto.
4. Pacientes con alguna otra causa etiológica conjunta: embarazo, hipertrigliceridemia.
5. Pacientes que hayan solicitado su alta voluntaria con tratamiento inconcluso.

VARIABLES:**Independientes:**

1. Tratamiento otorgado.
2. Días de hospitalización.
3. morbilidad y mortalidad.

4. Sexo.

5. Edad.

Dependientes:

1. complicaciones.

Tratamiento otorgado:

Se determinará el tratamiento inicial otorgado al paciente, en particular si fue médico o quirúrgico, estableciéndose, que el tratamiento quirúrgico es aquel en donde se aplica, cirugía y biliar, implicándose, colecistectomía , colecistectomía y revisión de vías biliares y agregaremos con mucha reserva la cirugía pancreática como es la necrosectomía , y el lavado de cavidad retroperitoneal, todos esto procedimientos realizados en las primeras 72 horas a partir de su ingreso . El tratamiento médico es aquel encaminado a mantener en adecuadas condiciones, regulando las alteraciones fisiológicas que condiciones el cuadro de pancreatitis aguda, implicando de igual forma el manejo de terapia intensiva. Los tratamiento quirúrgicos posteriores a 72 horas se tomarán como complementación del tratamiento médico.

Días de hospitalización.

Se consideró como variable numérica , reportándose el número de idas que implicó el primer internamiento.

Mortalidad y morbilidad.

Se consideraron como variables numéricas, calculándose los índices respectivos.

Sexo y edad.

El sexo se identificó como variable nominal , en dos rubros:

Masculino y femenino.

La edad se consideró como variable numérica, para ambas variables se estableció su frecuencia .

Complicaciones.

Se consideraron en forma general complicaciones tempranas y tardías como son el SIRS, necrosis pancreática, estado de choque séptico , Insuficiencia respiratoria no asociada a otras complicaciones, defunción , recidiva de pancreatitis, cuadros de colédocolitiasis y de colecistitis aguda posteriores al primer evento de pancreatitis. Para todas las complicaciones, se estableció el número y frecuencia.

PROCEDIMIENTO DE CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN.

Se tomó en cuenta la relación entregada por el servicio de estadística , solicitándose todos los expedientes de los pacientes referidos, en donde se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión; una vez seleccionados los expedientes , se indagó acerca de las variables antes mencionadas, realizándose posteriormente un análisis descriptivo y posteriormente comparativo aplicándose pruebas estadísticas para las variables numéricas , independientes

Mortalidad y morbilidad.

Se consideraron como variables numéricas, calculándose los índices respectivos.

Sexo y edad.

El sexo se identificó como variable nominal , en dos rubros:

Masculino y femenino.

La edad se consideró como variable numérica, para ambas variables se estableció su frecuencia .

Complicaciones.

Se consideraron en forma general complicaciones tempranas y tardías como son el SIRS, necrosis pancreática, estado de choque séptico , Insuficiencia respiratoria no asociada a otras complicaciones, defunción , recidiva de pancreatitis, cuadros de colédocolitiasis y de colecistitis aguda posteriores al primer evento de pancreatitis. Para todas las complicaciones, se estableció el número y frecuencia.

PROCEDIMIENTO DE CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN.

Se tomó en cuenta la relación entregada por el servicio de estadística , solicitándose todos los expedientes de los pacientes referidos, en donde se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión; una vez seleccionados los expedientes , se indagó acerca de las variables antes mencionadas, realizándose posteriormente un análisis descriptivo y posteriormente comparativo aplicándose pruebas estadísticas para las variables numéricas , independientes

RESULTADOS:**Pancreatitis biliar**

El servicio de epidemiología nos proporcionó el nombre y número de expediente de 510 pacientes que se egresaron en los últimos 5 años, con el diagnóstico final de pancreatitis aguda. Los expedientes fueron solicitados en el archivo central del Hospital general de México O.D.. Se localizaron 195 pacientes con diagnóstico final de pancreatitis aguda, de los cuales solo en 65 se corroboró el origen biliar, constituyéndose un 33.3% del total de pancreatitis aguda. En los restantes 305 pacientes, se identificó un diagnóstico final, completamente diferente o no estuvo disponible el expediente.

Con el número total de casos de pancreatitis biliar, se estableció una incidencia de 2.7 casos por cada 1000 pacientes ingresados al servicio de urgencias en los últimos 5 años, así como una tasa de mortalidad de 0.25×1000 ingresos y una tasa de letalidad de 9.2×100 .

Tabla 1**PANCREATITIS BILIAR: DATOS GENERALES DE 1996 -2001***

Ingresos en el servicio de urgencias *	23,918
Ingresos de pancreatitis aguda de origen biliar	65
Incidencia	2.7×1000
mortalidad	0.25×1000
Letalidad	9.2×100
* Datos obtenidos por el servicio de epidemiología del HGM O.D.	

Etiología

Se encontraron 9 causas principales para la pancreatitis aguda: el etílico, el biliar, idiopático, hipertrigliceridemia, realización de CPRE, y otras, con un predominio relativo de el origen etílico, seguido por el origen biliar. En la gráfica 1 se presenta el porcentaje de las diferentes etiologías. Se observa que las principales causas, como son la etiología alcohólica, biliar, e idiopática constituyen el 85% del total. (tabla 2) (gráfico 1)

Tabla 2.
DISTRIBUCIÓN DE LA PANCREATITIS AGUDA DE ACUERDO A SU
ETIOLOGÍA.
N=(195)

ETIOLOGÍA	NUMERO	PORCENTAJE
ALCOHÓLICA	67	34.3%
BILIAR	65	33.3%
IDIOPÁTICA	34	17.4%
HIPERTRIGLICERIDEMIA	13	4.6%
CPRE	9	2%
POSTOPERATORIA	4	0.5%
PERFORACIÓN	1	0.5%
TRAUMA	1	0.5%
NEOPLASIAS	1	0.5%
TOTAL	195	100%

GRAFICA 1

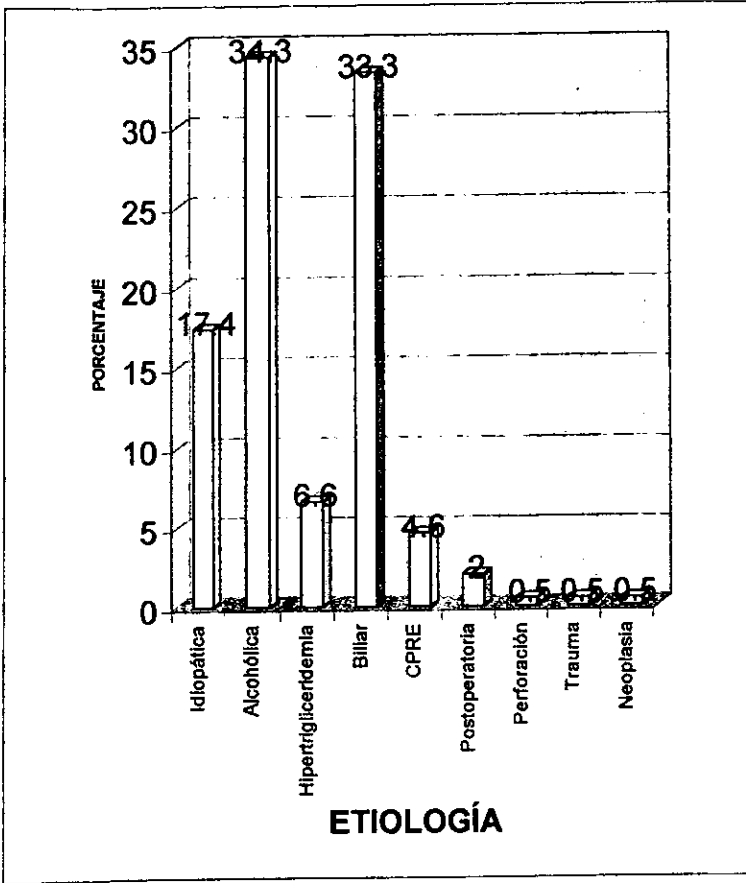


Grafico 1: Distribución de las diferentes etiologías en los pacientes con pancreatitis aguda.

Edad y sexo

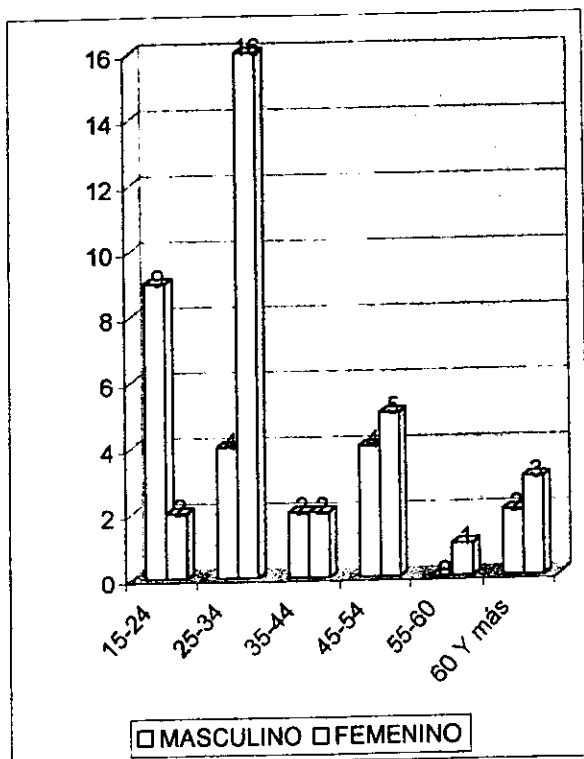
Con respecto a su distribución por genero, se reporta un predominio del sexo femenino del 72%, en comparación con 28% del sexo masculino , con una relación de 2:1 mujer, hombre. (tabla 3)

Tabla 3
DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD Y SEXO. n=(50)

Grupo de edad (años)	FEMENINO	MASCULINO
15-24	9	2
25-34	16	4
35-44	2	2
45-54	5	4
55-60	1	0
+60	3	2
TOTAL	36	14

Con respecto a la distribución en grupos de edad, se observó una frecuencia mayor en el rango de 25 a 34 años con predominio en el sexo femenino,(cuadro 2 y gráfico 2.)

GRAFICA 2.DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD



Hallazgos clínicos:

Para estatificar clínicamente a la pancreatitis, se utilizaron los criterios de Ranson, estableciéndose el criterio de leve para los pacientes que presentaron de 0 a 2 criterios con una mortalidad de $< 1\%$ y severa para aquellos con más de 3 criterios con más de 33% de mortalidad. Se completaron criterios en 34 pacientes (68%), de los cuales 27 se

consideraron con cuadros leves y 7 graves, corroborándose la correlación entre la presentación clínica y los criterios de Ranson.(tabla 4)

DISTRIBUCIÓN SEXO Y GRUPO DE EDAD, CORRELACIONANDO EL GRADO DE RANSON. (n=34) (Tabla 4)

	LEVE		SEVERO	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
15-24 años	6	1	1	0
25-34	9	1	1	0
35-44	1	2	0	0
45-54	1	2	2	1
55-60	1	0	1	0
>60	2	1	0	1
No de defunciones	2 (7.4%)		4 (57%)	
Mortalidad esperada	<1%		>33%	

RANSON < 2= LEVE

RANSON > 3 = SEVERO

Tratamiento:

Se ofrecieron, dos tipos de tratamiento a los pacientes: el tratamiento médico complementado con cirugía una vez remitido el cuadro de pancreatitis biliar, y el tratamiento quirúrgico temprano que fue constituido por colecistectomía y la realización de exploración de vías biliares si así lo amerita: La distribución de los dos tipos de tratamiento en los pacientes fue de la siguiente manera : (tabla 5)

Tabla 5

TRATAMIENTO TEMPRANO		
Tratamiento médico .	37	74%
Tratamiento quirúrgico	13	25%

TRATAMIENTO MÉDICO:

De los 37 (74%) pacientes que recibieron el tratamiento médico inicial, solo en un porcentaje de 64.1% se complementó con colecistectomía y revisión de vías biliares, en comparación con 45.9% de los pacientes que no recibieron el tratamiento quirúrgico complementario.

Al realizárseles el seguimiento, se encontró un promedio de 24 días para la realización de cirugía complementaria.

**MORTALIDAD EN RELACIÓN CON EL TIPO DE TRATAMIENTO
TEMPRANO.(tabla 6)**

NÚMERO DE CASO	EDAD	SEXO	TRATAMIENTO MÉDICO INICIAL	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO INICIAL	RANSON	BALTAZAR
1	28a	M	Sí		SEVERO	E
2	30a	M	Sí		SEVERO	D
3	49a	F	Sí		SEVERO	No
4	49a	F	Sí		SEVERO	No
5	52	M		Sí	LEVE	No
6	73a	F	Sí		LEVE	E
TOTAL			5	1		

La mortalidad que se obtuvo en el grupo de pacientes sometidos a tratamiento médico fue de 13.5%. La morbilidad en el grupo de tratamiento médico fue de 40.5%; Con respecto a

los días de hospitalización el promedio obtenido fue de 11.05 días , con una desviación estándar de 7.3 y una varianza de 53.17.

15 pacientes presentaron complicaciones, en el lapso de su primera hospitalización y la resolución de su patología biliar de fondo .Las complicaciones que se encontraron fueron las siguientes

Tabla 7

Complicaciones	No
Necrosis pancreática	1
Choque séptico	3
Insuficiencia respiratoria.	2
Sangrado de tubo digestivo	3
Pancreatitis (recidivas)	8
Agudización de CCL y/o colédocolitiasis	2
Defunciones	5
SIRS	10
total	33

tratamiento quirúrgico:

El tratamiento quirúrgico temprano se realizó en 13 pacientes (25%), distribuyéndose de la siguiente manera:

Tabla 8

TIPO DE PROCEDIMIENTO	PACIENTES	%	Defunciones
Colecistectomía abierta	10	76%	0
Colecistectomía + revisión de vías biliares	1	7.6%	0
Cirugía de páncreas: necrosectomía	2	15.3%	1
total	13	100%	1

Dependiendo del estado clínico y diagnósticos asociados se realizaron tres tipos de procedimientos quirúrgicos : la colecistectomía abierta, la colecistectomía abierta más exploración de las vía biliares, y la cirugía de páncreas que incluye, necrosectomía, así como lavado quirúrgico del retroperitoneo y colocación de sistemas de drenaje.

Se reportó una mortalidad de 7.6%, así como una morbilidad de 30.7%. Con respecto a los días de hospitalización se obtuvo un promedio de 12.6 días , con una varianza de 50.02 y una desviación estándar de +- 7.07.

Las complicaciones se presentaron en 4 pacientes de la siguiente manera: (tabla 9)

Tabla 9

Complicaciones	No
Choque séptico	1
Pancreatitis (recidiva)	1
Litiasis residual	2
SIRS	2
defunción	1
total	7

Al aplicar las pruebas estadísticas se reportó lo siguiente :

Días de hospitalización P: > 5% (0.777) Tabla 10

	Tratamiento médico	Tratamiento quirúrgico
Días de hospitalización	11.05	12.6
Desviación estándar	-+7.3	-+7.07.

La diferencia encontrada con respecto a los días de hospitalización no fue estadísticamente significativa.

Al comparar las complicaciones y morbilidad se reportó lo siguiente:

Tabla 11

	Tratamiento médico	Tratamiento quirúrgico	P
Mortalidad	13.5	7.5	P: <5
Morbilidad	40.5	30.7	P: >5
Complicaciones. (eventos)	33	7	P: <5 (0.047)

DISCUSIÓN

En nuestro estudio observamos que la población se comporta de forma similar a las demás poblaciones estudiadas , reportándose un 33% de etiología biliar en relación al total ; un predominio del sexo femenino , así como una frecuencia mayor de pancreatitis biliar en grupo etario de 25 a 34 años.

El tratamiento que se lleva a cabo con más frecuencia es el tratamiento médico , que se complementa con cirugía biliar una vez que remite el cuadro agudo, mientras que el tratamiento quirúrgico se realiza en solo 25% y la mayoría en un solo turno, demostrándose que el criterio para la aplicación del tratamiento no se encuentra homogenizado, los criterios para aplicar el tratamiento quirúrgico son aquellos pacientes con pancreatitis biliar leve, o en aquellos casos en que la patología biliar sea más importante que el cuadro de pancreatitis .

Por otra parte, al evaluar el seguimiento del tratamiento médico se observa que en un porcentaje alto , no se realizan el tratamiento quirúrgico complementario, lo que da lugar a las complicaciones, tanto tempranas como tardías, como son las recidivas de pancreatitis , colédocolitiasis , colecistitis agudas , terminando en reingresos a la unidad hospitalaria.

Al realizar la comparación de parámetros, como son días de hospitalización, mortalidad, morbilidad y complicaciones., se encontró, que no existe diferencia estadísticamente significativa en relación a los días de hospitalización, sin embargo, con respecto a la mortalidad , esta se presentó con una tasa más alta en el grupo de pacientes con tratamiento

médico , al igual que el número de complicaciones, la morbilidad como tal, no presentó diferencia estadísticamente significativa.

Analizando lo anterior, nos hace pensar que las diferencias encontradas, pueden ser producto de un mal seguimiento de la aplicación del tratamiento médico, así como de la aplicación de tratamiento quirúrgico complementario. Lo que nos invita a la ejecución y seguimiento de ambos tratamientos y estar en mejores condiciones para realizar un tratamiento comparativo, ya que el aplicar juicio determinante sobre alguno de los dos tratamientos mostrados nos guiaría a una percepción falsa.

El tratamiento temprano de la pancreatitis aguda de origen biliar, se encuentra aún en controversia, no obstante los reportes de Kelly, y Ranson , quienes sugieren que , si bien la litiasis vesicular puede ser una causa etiológica, no hay evidencias sólidas que contribuyan a la progresión de la misma; reportándose otros factores como el tamaño de los litos asociándolos a aquellos menores de 5mm ($p < 0.007$) ,(18) así como la obesidad, como factores desencadenantes y que agravan el curso de un evento de pancreatitis.(19). Kelly llega a reportar en una serie de 165 pacientes ,una mortalidad de 47.8 % y una morbilidad de 82.6% en aquellos pacientes tratados con cirugía temprana, por lo que no le confiere valor alguno al tratamiento quirúrgico (20) aún cuando previamente había señalado que cerca de un 15% de los pacientes presenta un enclavamiento de un lito en el ampulla de Vater siendo posibles candidato para tratamiento quirúrgico . (21) Ranson por su parte es más cauteloso señalando, que la cirugía biliar puede ser realizada dependiendo del estado clínico del paciente, identificando estadios severos de acuerdo a sus criterios y ofrecer un tratamiento médico agresivo, con menos letalidad que un tratamiento quirúrgico , no sin dejar de puntualizar que en caso de presentar patología biliar como la colédocolitiasis

deberá ser resuelta en cuanto se tenga evidencia de la remisión del cuadro de pancreatitis.

(22) Más aún, en la etapa de la cirugía de mínima invasión , la realización de colecistectomía laparoscópica no se ha definido en cuanto al tiempo de ejecución, ya que se encuentran reportes que la sugieren como una complementación al tratamiento de CPRE y esfinteromía, sugiriendo su ejecución una vez remitido el cuadro de pancreatitis , reportándose una morbilidad de 17.5% y una mortalidad de 2.5% .(3) (23). En contraposición otros estudios realizados en Estados Unidos e Italia señalan como primera elección la colecistectomía laparoscópica y valorar la realización de exploración de vías biliares y/o CPRE , asociándolo a una morbilidad con un rango de 6.7 a 8% y una mortalidad de 0.0 a 1.9%, (24) (25) . Otro más de los aspectos comunes de los estudios mencionados , es que el planteamiento de las diferencias, se plantea de tal forma que los resultados obtenidos en sus ensayos clínicos o estudios retrospectivos sean definitivos, sin dar la posibilidad de presentar más de una posibilidad de tratamiento excluyendo de forma automática, aquella que no haya sido sustentada adecuadamente por su modelo teórico. Si bien todas aquellas propuestas dogmáticas se autorefutan, en el mismo modelo lógico que se plantean. Por lo tanto , al referirnos a una patología y ante la gran diversidad de respuestas secundarias a las variaciones biológicas, se nos presenta la invitación a establecer un criterio más pragmático en relación a los diversos resultados hasta aquí obtenidos; de tal forma que el tratamiento quirúrgico se establezca con el fin de retirar la causa etiológica, así como la posibilidad de recidivas y complicaciones , así como su realización basados en el principio de la mínima invasión para no desencadenar una respuesta inflamatoria que no lleve a un MODS y finalmente la muerte. Por el contrario en aquellos pacientes con pancreatitis severa y patología biliar se deberá analizar la aplicación en virtud de la experiencia descrita por Kelly y Ranson.

CONCLUSIONES:

1. La pancreatitis biliar representa el 33.3% de todas la pancreatitis agudas en el Hospital General de México O.D.
2. El genero más afectado es el femenino con un porcentaje de 72% con predominio del grupo etario 25 a 34 años.
3. El tratamiento que se ofrece a los pacientes con pancreatitis de origen biliar son el tratamiento medico temprano y el tratamiento quirúrgico temprano.
4. El tratamiento médico representa un 74% delo otorgado.
5. Solo se complementa con colecistectomia programada el 54.1 % de los pacientes con tratamiento médico.
6. No existen diferencias estadísticamente significativas en relación al tiempo de hospitalización entre ambos grupos de tratamiento.
7. La tasa de mortalidad es superior en el grupo de tratamiento médico
8. No se encuentra una diferencia estadísticamente significativa en relación a las cifras de morbilidad de ambos grupos.
9. Al no llevarse a cabo adecuadamente el tratamiento médico las conclusiones a determinar pueden ser relativas
10. Se rechaza hipótesis nula, al encontrarse diferencias estadísticamente significativas en relación a la tasa de mortalidad y número de complicaciones.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

REFERENCIAS:

- 1) Greenfield L J. et al Surgery scientific principles and practice .Ed. Lippincott- Raven .2 ed . USA 1997.
- 2) Steinberg W Tenner . Acute pancreatitis N. England J. med 1994. ; 1198:207.
- 3) Ricci F . et al . Minimally invasive treatment of acute biliary pancreatitis . Surg endosc 1997 ; 11: 1179- 1182.
- 4) Neoptolemos J P. Et al . The urgent diagnosis of gallstones in acute pancreatitis: a prospective study of three methods . Br J surg 1984 ; 71: 230-233.
- 5) Karne S, Gorelick F S. Acute and chronic pancreatitis: Etiopathogenesis of acute pancreatitis . Surg.clin North Am. 1999; 79 (4)
- 6) Brivet F G et al . Pro - and anti-inflammatory cytokines during acute severe pancreatitis : An early and sustained response, although unpredictable of death . Critical care medicine 1999; 24:4
- 7) Davies M G , Hagen P O. Systemic inflammatory response syndrome .British Journal of surgery 1997; 84: 920-935.
- 8) The lancet. Obstruction or reflux in gallstone-associated Acute pancreatitis . The lancet 1988;23 : 915-917 .

- 9) Acosta J M , Ledesma C L. Gallstone migration as a cause of acute pancreatitis. The new england journal of medicine. 1974 ; 290 (9) : 484-487 .
- 10) Armstrong C.P et al . Effect of bile , infection and pressure on pancreatic duct integrity. Br J surg 1985; 72: 792-795.
- 11) Cushieri A. Et al . Evidence for sphincter dysfunction in pancreatitis with gallstone associated with gallstone pancreatitis, :effects of ceruletide in patients undergoing cholecystectomy for gallbladder disease and gallstone associated pancreatitis . Br J Surg 1984 ; 71: 885-888
- 12) Mizumoto R. Et al. Patogenesis of acute pancreatitis and changes of pancreatic ductal mucosa. Am J surg 1971 : 122: 298-401
- 13) Rünzi M et al. Early ductal decompression prevents the progresión of biliary pancreatitis : An experimental study in the opossum. Gastroenterolgy 1993; 105 : 157-164.
- 14) Chebli J M . Biliary microcrystals in idiopathic acute pancreatitis : clues for occult underlying biliuary etiology. Arq Gastroenterology 2000; 37.abstrac
- 15) Lichtenstein A et al Acute lung in two experimental models of acute pancreatitis : infusión of saline or sodium taurocolato into de pancreatic duct. Critical care medicine 2000; 28: 5
- 16) Neoptolemos J P. Et al . Controlled trial of urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy versus

- conservative treatment for acute pancreatitis due to gallstones. The Lancet.1988;29: 979-983..
- 17) Ricci F et al . Minimally invasive treatment of acute biliary pancreatitis . Surg Endosc . 1997; 11: 1179-1182. (18) Panis Y. Et al Surgery versus endoscopic sphincterectomy for colédocolitiásis : results of a prospective randomized study. Gastroenterology, 1995; 108: 431.
- 18) Diehl A K. Et al . Gallstone size and risk of pancreatitis. Arc Intern med 1997,157:1675-1678
- 19) Suazo J. et al Obesity: a risk factor for severe acute biliary and alcoholic pancreatitis. AJG 1998;93 (8) 1324-1328
- 20) Kelly T R, et al Gallstone pancreatitis: a prospective randomized trial of the timing of surgery. Surgery 1988; 104 (4),
- 21) Kelly T R. Gallstone pancreatitis: the timing of surgery. Surgery 1980; 88 (3): 345-350 .
- 22) Ranson J H C, The timing of biliary surgery in acute pancreatitis. Ann surg, 1978;5:
- 23) Ballestra L C. Et al laparoscopic management of acute biliary pancreatitis. .Surg endosc 1997; 11: 718-721
- 24) Schwesinger W H , et al Biliary pancreatitis: The era of laparoscopic Cholecystectomy. Arch Surg. 1998; 133: 1103-1106
- 25) Zartaca F et al Acute pancreatitis. Role of laparoscopy after 30 years of traditional surgery experience . Ann Ital Chir,1999;70 : (5) Abstrac