

11209  
104

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION  
FACULTAD DE MEDICINA**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas  
UNAM a difundir en formato electrónico el  
contenido de mi trabajo titulado

NOMBRE: Octavio Sanchez Fierro

FECHA: 19/11/2007

FIRMA: \_\_\_\_\_



**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA  
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**"PANCREATITIS BILIAR, MANEJO QUIRURGICO ACTUAL:  
ESTUDIO RETROSPECTIVO"**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL  
**DR. OCTAVIO SANCHEZ FIERRO**  
PARA OBTENER EL DIPLOMADO DE LA ESPECIALIDAD  
DE CIRUGIA GENERAL

México, DF. Octubre de \_\_\_\_\_

2003



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



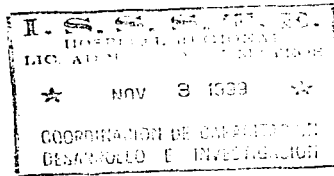
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

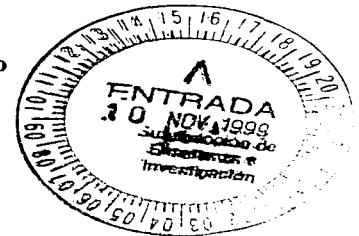
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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. Oscar Trejo Solorzano**  
**Coordinación de Capacitación**  
**Desarrollo e Investigación**



  
**Dr. Guillermo Mijares Cruz**  
**Profesor Titular del Curso de Postgrado**  
**en Cirugía General**



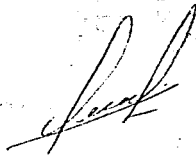
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Dr. Antonio Corona Bautista**  
Asesor de tesis



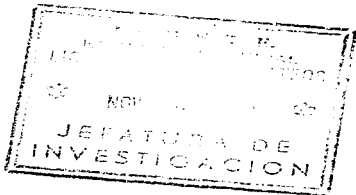
**Dr. José Guadalupe Sevilla Flores**  
Vocal de Investigación



**M. en C. Hilda Rodríguez Ortiz**  
Jefe de Investigación



**Dr. Julio C. Díaz Becerra**  
Jefe de Enseñanza



TESIS CON  
FALLA DE CALIFICACION



## AGRADECIMIENTOS

CON TODO CARIÑO A MI PADRE, POR SU GRAN EJEMPLO Y DEDICACION.

A MI MADRE POR SER MI FUENTE Y DE TODOS MIS HERMANOS.

EN ESPECIAL A MI ESPOSA IMELDA POR COMPRENDERME Y ESTAR CONMIGO EN  
TODOS Y CADA UNO DE LOS MOMENTOS BUENOS Y MALOS.

A CADA UNO DE LOS PACIENTES QUE ME PROPORCIONARON UNA ENSEÑANZA  
INVALUABLE.

A MIS MAESTROS CIRUJANOS, POR ENSEÑARME LO MEJOR DE CADA UNO DE ELLOS:  
GRACIAS.

A MIS COMPAÑEROS DE RESIDENCIA POR LOS MOMENTOS  
BUENOS Y DIFÍCILES.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Establecer cual es el momento oportuno para manejar quirúrgicamente una pancreatitis leve de origen biliar.

**PACIENTES Y METODOS:** Se revisaron los expedientes de 45 pacientes intervenidos quirúrgicamente con el diagnóstico de pancreatitis de Mayo de 1996 a Septiembre de 1999. Del HRLALM, analizando cuadro clínico, resultados de laboratorio y de gabinete, para valorar la evolución en los pacientes intervenidos en menos de 48 horas de evolución de la pancreatitis y determinar el manejo médico/quirúrgico a seguir.

**RESULTADOS:** Se encontró una alta incidencia de la patología en la población femenina, predominando la pancreatitis leve de origen biliar. Siendo manejadas quirúrgicamente el 46% de los pacientes disminuyendo considerablemente los índices de morbilidad y de estancia intrahospitalaria.

**CONCLUSIONES:** La pancreatitis leve de origen biliar se debe intervenir quirúrgicamente dentro de las primeras 48 horas de evolución y contando con 3 o menos signos de Ranson, para disminuir los índices de morbimortalidad y de estancia intrahospitalaria.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## SUMMARY

**OBJETIVE:** To sette down wich is the oportune moment to manage a light pancreatitis of origin biliar surgically.

**PATIENTS AND METHODS:** The files of 45 patients were revised ntervened surgically with the diagnose of pancreatitis of May of 1996 a September of 1999. Of the HRLALM, analyzing clinical square, laboratory results and of cabinet, to value the evolution in the patients intervened in less than 48 hours of evolution of the pancreatitis and to determine the handling medico/quirurgico to continue.

**RESULTS:** She/he mas a high incidence of the pathology in the female population, prevailing the light pancreatitis of origin biliar. Being managed 46% of patients surgically, diminishing the indexes considerably of morbimortality and the intrahospitalary stay.

**CONCLUSIONS:** The light pancreatitis of origin biliar should be ----- operated surgically in the first 48 hours of evolution. And having 3 or less signs ----- Ranson"s, for disminishing the indexes of morbimortality and the stay intrahospita-- lary.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCION

La pancreatitis es una patología que presenta un elevado índice de morbimortalidad, siendo descrita desde el año de 1579 por Ambroise Paré, cirujano francés, quien describió a la pancreatitis aguda y crónica. Con el tiempo, en 1856 Ancelet describe anatomopatológicamente a la pancreatitis y sus complicaciones —como la necrosis y el absceso; que se vieron reforzadas hasta 1886 por el Dr. Nicholas Senn (Chicago) y en 1889 por el Dr Reginald Fitz (Boston).

En 1925 Moynihan describe la patología como “la más terrible de todas las calamidades que ocurren en relación con una viscera abdominal, que se acompaña de ilimitable agonía y con una mortalidad tan alta en la más formidable de las catatofes”.

Actualmente, el manejo continua siendo poco claro, no hay un --- acuerdo global en la literatura, la cual se ha reformado continuamente a partir de 1990, dichos cambios han sido desde la nomenclatura hasta las indicaciones para realizar procedimientos quirúrgicos y, si se realiza éste, el manejo de la cavidad continua siendo una -- controversia.

Se encuentra claramente establecido a la patología biliar como la --- causa más común de pancreatitis aguda, siendo del 90 % aproximadamente; y la varie --- dad edematosa del 5 al 17% y la necrosis pancreática superior al 40%; se le valoran a su ingreso criterios pronósticos (de Ranson) y se le ubica tomográficamente de acuerdo a -- la clasificación de Balthazar.

TESIS CON  
FALLA DE CUBRIR



El manejo quirúrgico de la pancreatitis de origen biliar ya no se -- discute, incluso se acepta el manejo quirúrgico en las primeras 24/48 horas de acuerdo a la severidad y estado clínico del paciente, considerándose actualmente la participación de la cirugía de mínima invasión como una de las alternativas, y/o la participación de la endoscopia para la realización de esfinterotomía en fase inicial. Siempre apoyados con el manejo médico intensivo y nutricional. Y si el manejo fue médico, una vez normalizada la actividad pancreática, se le realiza colecistectomía al paciente antes de su egreso.

El presente trabajo de investigación intenta establecer el manejo --- actual de la pancreatitis en nuestra institución, notándose la evolución en los últimos cuatro años en lo que respecta a nomenclatura, indicaciones quirúrgicas y procedimiento a - realizar. Notándose la franca disminución de la morbimortalidad en nuestra institución..

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## PACIENTES Y METODOS

Se revisaron los expedientes de 45 pacientes que ingresaron con el diagnóstico de pancreatitis de origen biliar, en el periodo de Mayo de 1996 a Septiembre de 1999, se excluyeron del estudio a los pacientes con pancreatitis de otra etiología o aquellos en los cuales no se demostró patología biliar.

Se revisaron expedientes de todos los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de pancreatitis biliar, valorándose tiempo de evolución del cuadro clínico, antecedentes de patología biliar, exámenes de laboratorio y estudios de gabinete.

El diagnóstico de pancreatitis biliar fue basado en los hallazgos tomográficos según la clasificación de Balthazar, resultados ultrasonográficos y resultados de laboratorio valorándose los valores bioquímicos según los criterios pronósticos de Ranson, y en base a ello, el manejo que se les dio: quirúrgico ó médico.

La evaluación de los pacientes se llevó a cabo en hojas de recolección de datos. Para el análisis de los pacientes, se dividieron en dos grupos. El grupo I, constituidos por pacientes que se les intervino en las primeras 24-48 horas de su internamiento, y el grupo II que fueron manejados médicamente e intervenidos una vez desaparecido la actividad enzimática pancreática.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: 1) Patología biliar, 2) Dolor epigástrico e, 3) Hiperamilasemia. Se clasifico a los pacientes en pancreatitis leve y severa,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

utilizándose los criterios de Ranson (más de 3 criterios) para diferenciar la pancreatitis severa de la leve aunado a la afectación de un órgano para diferenciarlas. y decidir el manejo quirúrgico en las primeras 24-48 horas o el manejo médico y cirugía posterior.

TESIS CON  
FALLA DE CENECEN

## RESULTADOS

El grupo de estudio de un total de 45 pacientes, comprendió a 31 femeninas y 14 masculinos, (gráfica 1) con edad de 16 a 85 años (promedio de 50.5 años). Los niveles -- de amilasa variaron de 300 hasta 5260 U/L (promedio de 1651 U/L). La ultrasonografía re-- portó engrosamiento de la pared en 30 pacientes (66.6%), dilatación del colédoco en 14 pa-- cientes (31.1%) y litiasis en 11 pacientes (24.4%) --gráfica 2-. La sintomatología predomi-- nante (gráfica 3) fue el dolor epigástrico el cual se presentó en 40 pacientes--(88.8%), nau-- sea y vómito en 33 pacientes (73.3%), dolor en hipocondrio derecho 31 pacientes (68.8%)-- y distensión abdominal en 21 pacientes (46.6%).

Se encontró a 28 pacientes (62.2%) con menos de 3 signos de Ranson (gráfica 4) 14 pa cientes (31.1%) con mas de 3 signos de Ranson. Tomográficamente se clasificó a 1 paciente en etapa A, a 22 pacientes (48.8%) en etapa B, a 10 pacientes (22.2%) en etapa C, a 8 pacientes (17.7%) en etapa D y a 1 paciente (2.2%) en etapa E, (gráfica 5).

De los signos radiológicos (gráfica 6) predominantes fue imagen en vidrio -- despulido en 19 pacientes (42.2%), asa centinela en 10 pacientes (22.2%) e imagen de co-- lon cortado en 8pacientes (17.7).

Laboratorialmente se encontró mayor respuesta leucocitaria en las pacientes - femeninas con 22.000 leucos/mm<sup>3</sup> y una mínima general de 3.9/mm<sup>3</sup>(promedio 12.2/mm<sup>3</sup>) la glucosa se encontró con valores de 90 a 530 mg/dl (promedio de 380 mg/dl). La DHL ---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

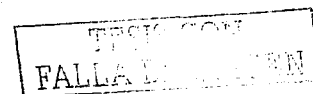
con valor de 111 a 610 U/l (promedio 360.5 U/l). Los niveles de TGO se tomaron única --- mente 6 pacientes del total.

Del total de 45 pacientes, se clasificaron como pancreatitis leve a 31 pacientes - (68.6%) y a 14 pacientes como pancreatitis severa (gráfica 7), realizándose manejo quirurgi- camente en las primeras 24-48 horas a 21 pacientes (46.6%) y a 24 pacientes se les manejo médicamente (gráfica 8).

La estancia intrahospitalaria fue en promedio de 13 días en los pacientes intervenidos con -- pancreatitis leve y de 18 días en los manejados médicamente. De los pacientes intervenidos, el 72% tuvo evidencia de pancreatitis, predominando la fase edematosa, necrosis pancreáti- ca en 4 pacientes. Tabla I muestra las características de los 45 pacientes.

Tabla I. Características de 45 pacientes con pancreatitis De origen biliar

PACIENTES(n=45)	Cirugía temprana	Cirugía tardía.
* Num. de pacientes.	21	24
* Femenina	19	2
* Ictericia	15	0
* Litiasis	19	15
* Num. de signos de Ranson(%)		
tres o menos	16	7
más de tres	6	0
* Tiempo de la cirugía		
menos de 48 horas	21	24
mas de 48 horas	0	21
* Tipo de Cirugía (%)		
colecistectomía	85	100
colangiografía	20	90
Exploración vía biliar	5	20



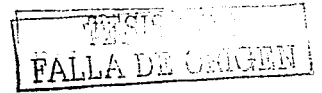
La mortalidad fue del 13.3% (6 pacientes los cuales fueron los que presentaron más de 3 signos de Ranson, y como hallazgos fue necrosis pancreática.

El fallecimiento de los pacientes (gráfica 9) con pancreatitis severa fue debido a embolia pulmonar (1), insuficiencia pulmonar (1), colapso cardiovascular (1) y sepsis abdominal(3)

En los pacientes sobrevivientes la morbilidad ocurrió en el 60% de los casos, y la complicaciones de la cirugía fue de infección de herida quirúrgica en 3 pacientes y absceso subfrénico en 2 pacientes.

TESIS CON  
FALLA DE CUMPLIMIENTO

## DISCUSION



El tratamiento de la pancreatitis continua siendo controversial, sin embargo, la evolución en el manejo de dicha patología esta en cambio constante, recordando que en la etiología de la pancreatitis de origen biliar se postulan varias hipótesis encaminadas a la obstrucción del flujo de salida de los conductos biliares y pancreáticos, siendo la litiasis vesicular la más fuertemente apoyada, sin embargo, se refiere en la literatura que los pacientes portadores de coledocolitiasis no presentan pancreatitis, a pesar de ser portadores de patología biliar.

El diagnóstico temprano de la pancreatitis biliar es un factor muy importante pero las escuelas en cuanto al manejo son tres: 1.- intervenir al paciente inmediatamente a su ingreso, siendo lo mas recomendable en las primeras 48 hrs. (D.H. Osborne). 2.-Kelly y Ranson sugieren diferir la cirugía hasta la resolución de los signos y síntomas de la pancreatitis aguda y 3.-Dickson and Hillam sugieren diferir la cirugía hasta una admisión electiva.

Tomando en cuenta las tres escuelas, la primera es la que prevalece y la segunda se lleva a cabo aun en los pacientes con pancreatitis severa que fueron manejados médicamente al 100% y se intervienen antes de su egreso. La tercera escuela se encuentra totalmente fuera de aplicación.

Por todo la anterior, lo más razonable seria la conducta quirúrgica la más adecuada para este tipo de pancreatitis, siendo el motivo de este estudio el determinar cual es el momento indicado para realizar el manejo quirúrgico, siempre considerando el sitio de obstrucción, y la experiencia del cirujano para resolver la situación, ya que como lo refiere J.P.

Neoptolemus desde Octubre de 1988, "se puede manejar con esfinterotomía endoscópica a los pacientes que presenten pancreatitis biliar severa con fuerte sospecha de lito enclavado en el ámpula, para disminuir la morbimortalidad."

Actualmente en nuestra institución, se maneja en base a la revisión bibliográfica y experiencia en el manejo de las pancreatitis de origen biliar de manera quirúrgica, que se encuentren a su ingreso con 3 o menos criterios de Ranson que los ubique en una pancreatitis leve, y corroborado con una tomografía para valorar las clasificaciones de Balthazar.

El tipo de cirugía a realizar se debe de individualizar de acuerdo a los hallazgos transoperatorios en lo que respecta a colecistectomía y/o colecistectomía con exploración de la vía biliar mas colocación de sonda en T, en los casos de pancreatitis leve. En los casos de pancreatitis severa, se debe valorar lo que postulo Neoptolemus para la realización de una esfinterotomía endoscópica. Considerando que el apoyo nutricional y de cuidados intensivos son básicos para la adecuada recuperación de la patología.

En lo que respecta al procedimiento quirúrgico de colecistectomía, se avanza en la cirugía de mínima invasión, para los casos de pancreatitis leve, y en casos de colédoco litiasis, se podría realizar exploración de la vía en manos expertas, disminuyendo considerablemente la morbimortalidad de la patología (Nathaniel J. Soper et al).

Una vez realizado el diagnóstico de la pancreatitis, es importante el manejo antibiótico de profilaxis (J.J. Powell) cubriendo a los organismos como coliformes, enterococos, estafilococos, Gram-negativos y Gram-positivos, sugiriendo el uso cefalosporinas de



tercera generación, quinolonas, imipenem y metronidazol a elegir.

La experiencia actual en nuestra institución, es la de proporcionar manejo quirúrgico a los pacientes con pancreatitis leve, que presenten 48 horas o menos de evolución, realizándose colecistectomía con o sin exploración de la vía biliar y colocación de sonda en T, y la de valorar la realización de esfinterotomía endoscópica en los casos de pancreatitis severa en cuando se sospeche de lito enclavado en el ámpula de Vater.

En el presente trabajo, se maneja quirúrgicamente a pacientes que ingresaron con menos de 48 horas de evolución, y que presentaban una pancreatitis de origen biliar, catalogada como leve, siendo su estancia intrahospitalaria de 13 días contra 18 días de los manejados no quirúrgicamente, aun no se cuenta con la experiencia de realizar esfinterotomía endoscópica en los pacientes con pancreatitis severa.

TESIS CON  
FALLA DE CUBIERTA

## CONCLUSIONES

TESIS CON  
FALLA DE

La pancreatitis de origen biliar debe ser resuelta quirúrgicamente durante el primer internamiento hospitalario.

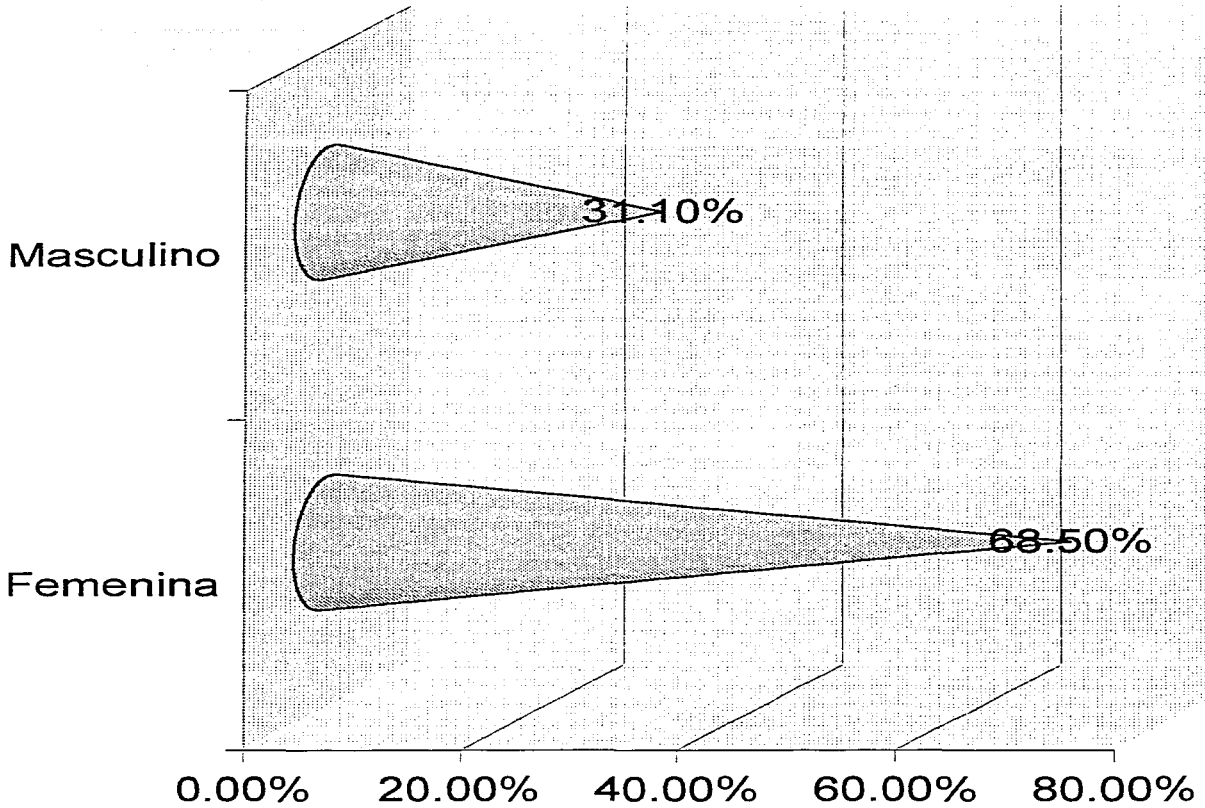
Los pacientes portadores de pancreatitis biliar leve, deben ser intervenidos en las primeras 48 horas de evolución, ya sea de manera tradicional o laparoscópica, ya que con estas medidas, disminuyeron los índices de morbimortalidad.

Los pacientes con pancreatitis severa cuyas condiciones sean difíciles de estabilizar a su admisión, deben ser considerados como candidatos para colangiografía retrograda endoscópica con realización de esfinterotomía para retirar el lito impactado, disminuyendo con esto el curso de la enfermedad.

Siempre se debe de iniciar manejo antibiótico profiláctico y valoración de nutrición artificial de acuerdo al pronóstico de la pancreatitis, así como también, la atención en cuidados intensivos.

# SEXO

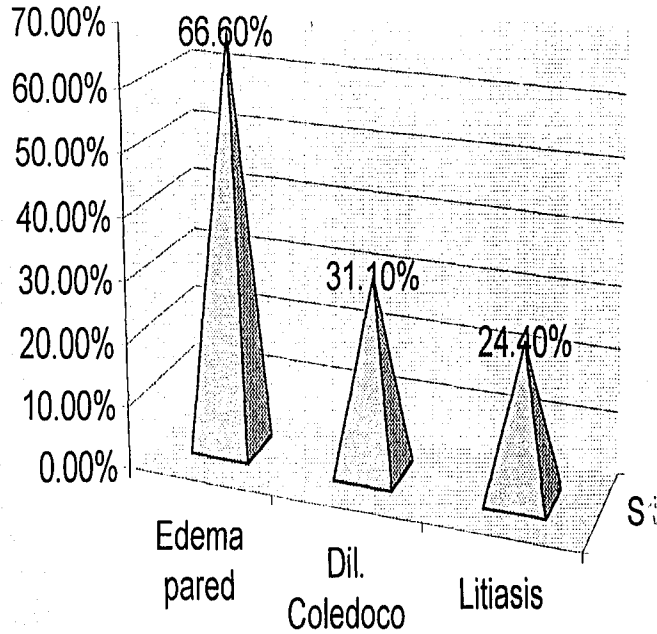
TRATAMIENTO  
FALLA AL TRATAMIENTO



■ Serie1

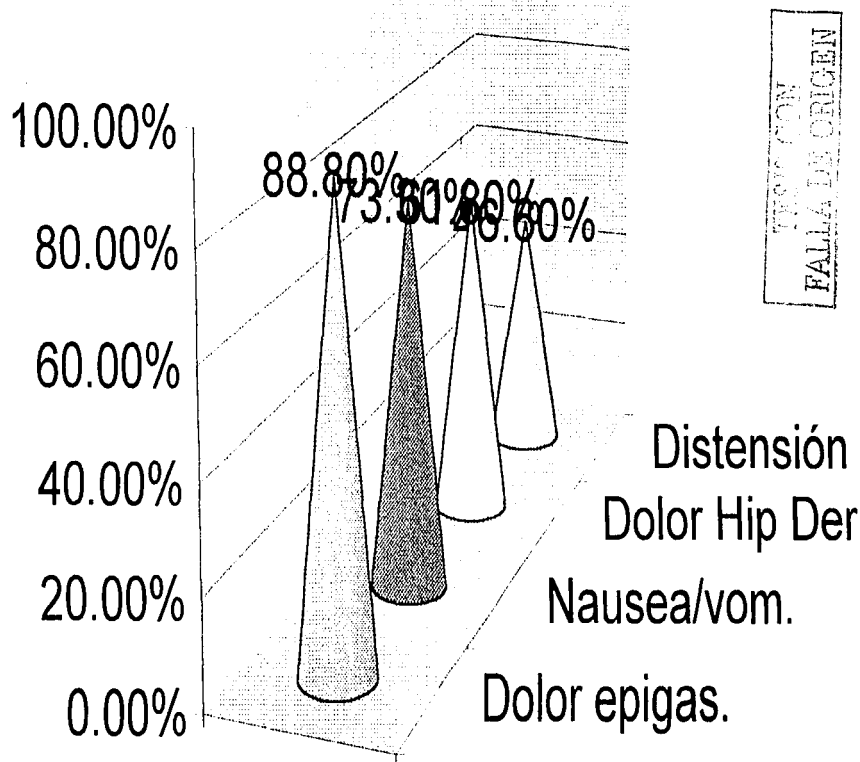
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## HALLAZGOS ULTRASONOGRAFICOS



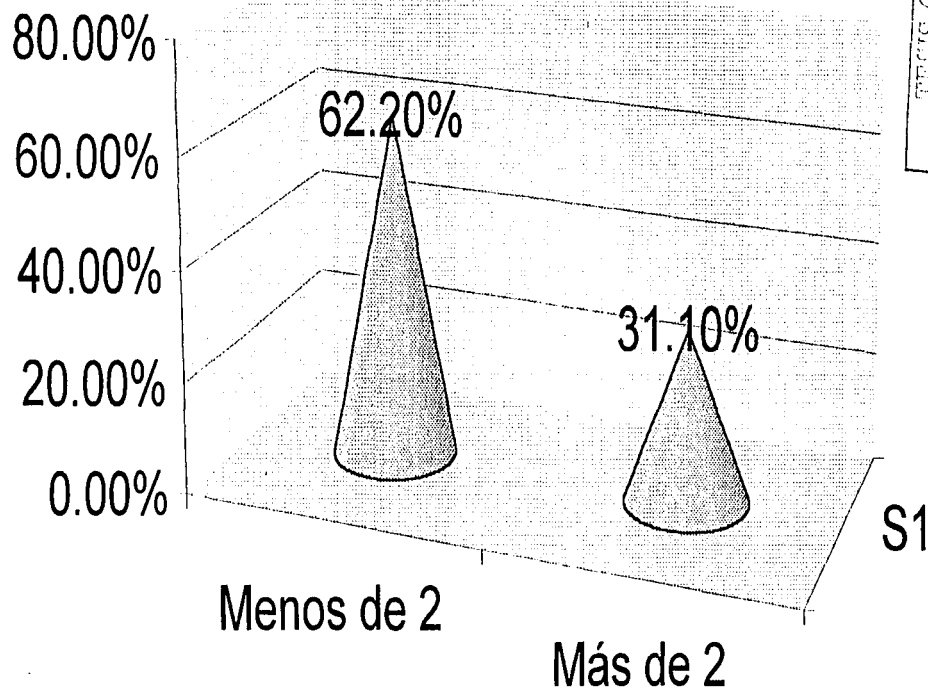
■ Serie

# SINTOMATOLOGIA PREDOMINANTE



- Dolor epigas.  Nausea/vom.
- Dolor Hip Der  Distensión

# SIGNOS DE RANSON

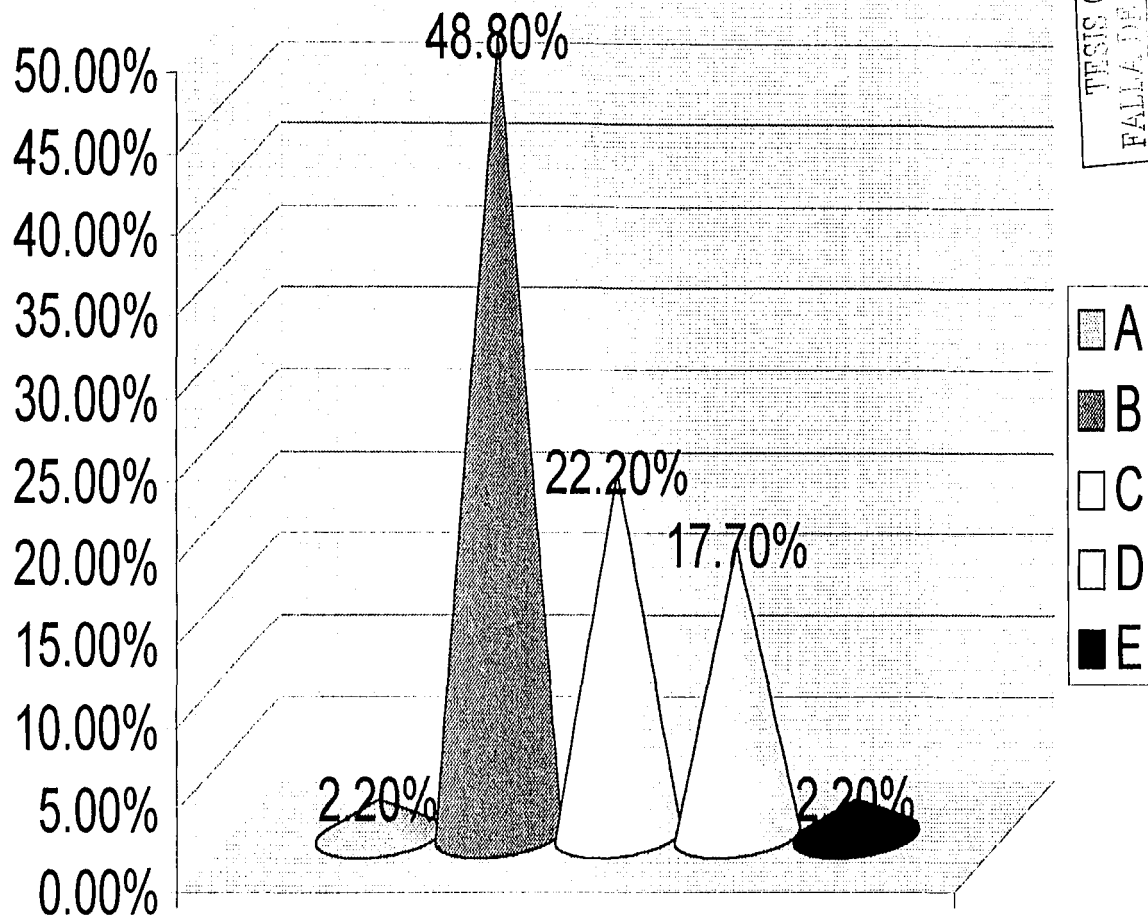


TESIS CON  
FALLA EN CUMPLIR

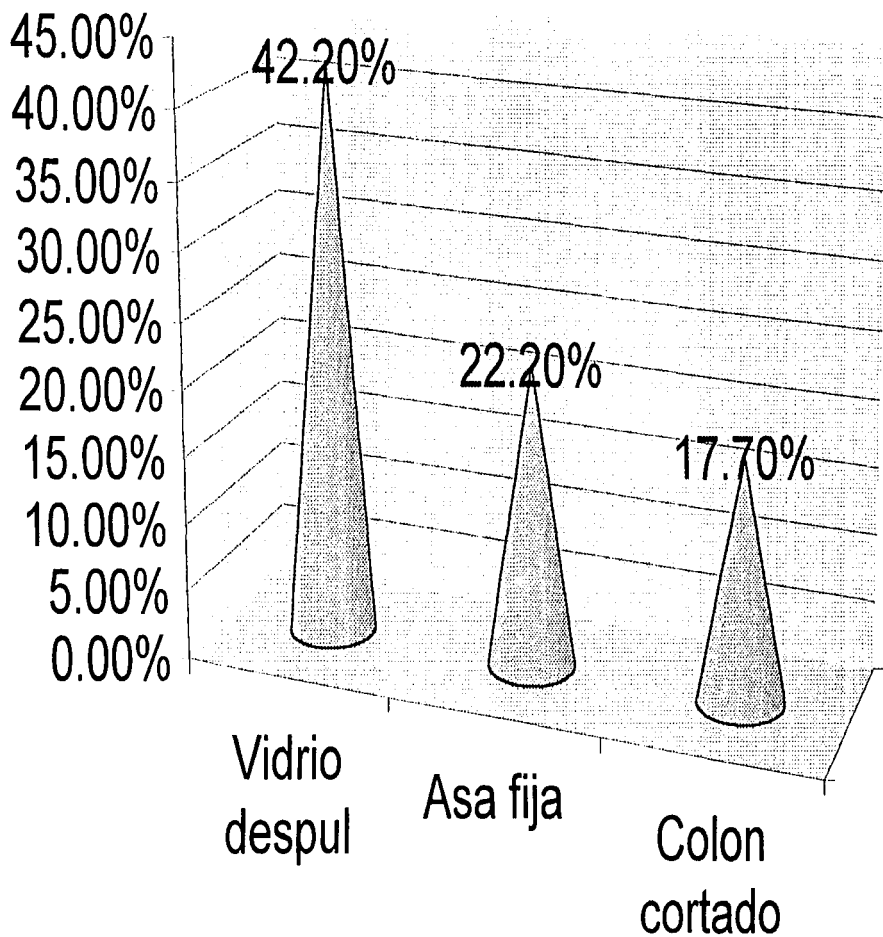
TESIS NO SALIÓ  
POR LA BIBLIOTECA

■ Serie

# GRADOS DE BALTHAZAR



# SIGNOS RADIOLOGICOS



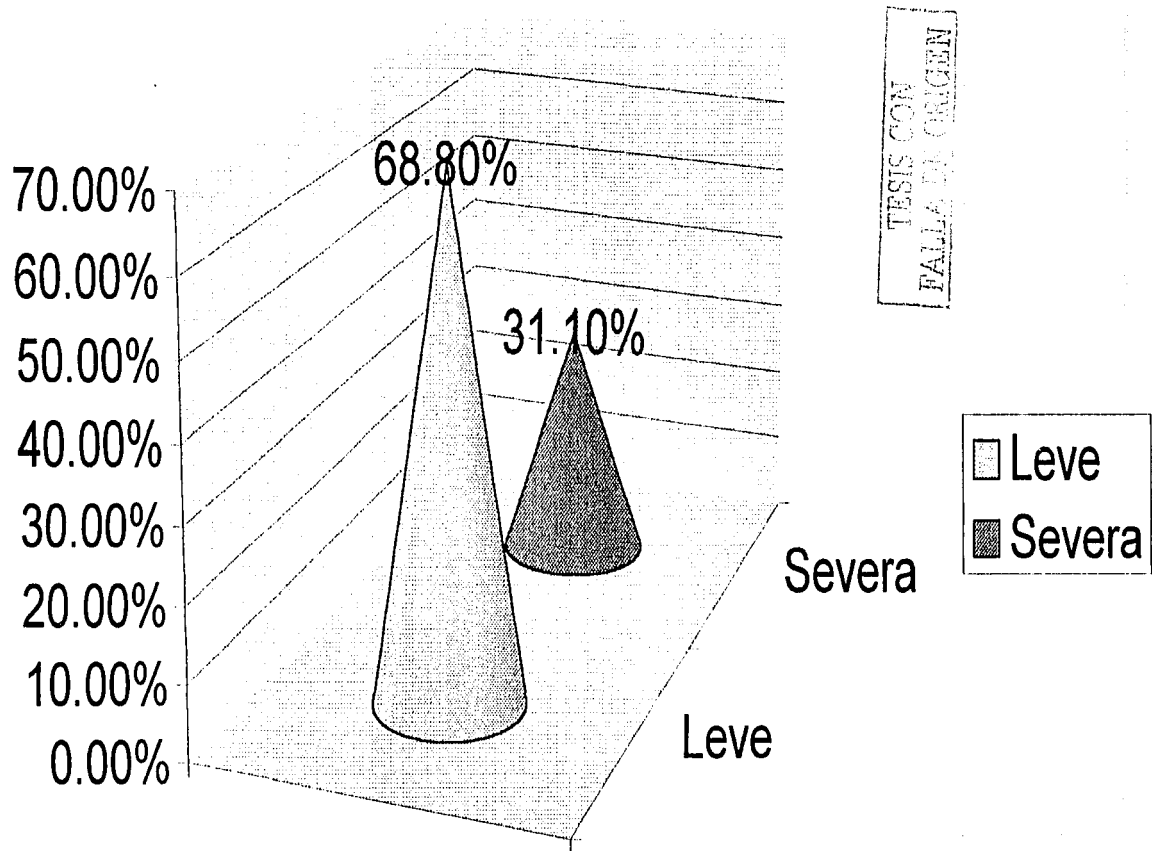
FALLA DE ORIGEN

■ Serie

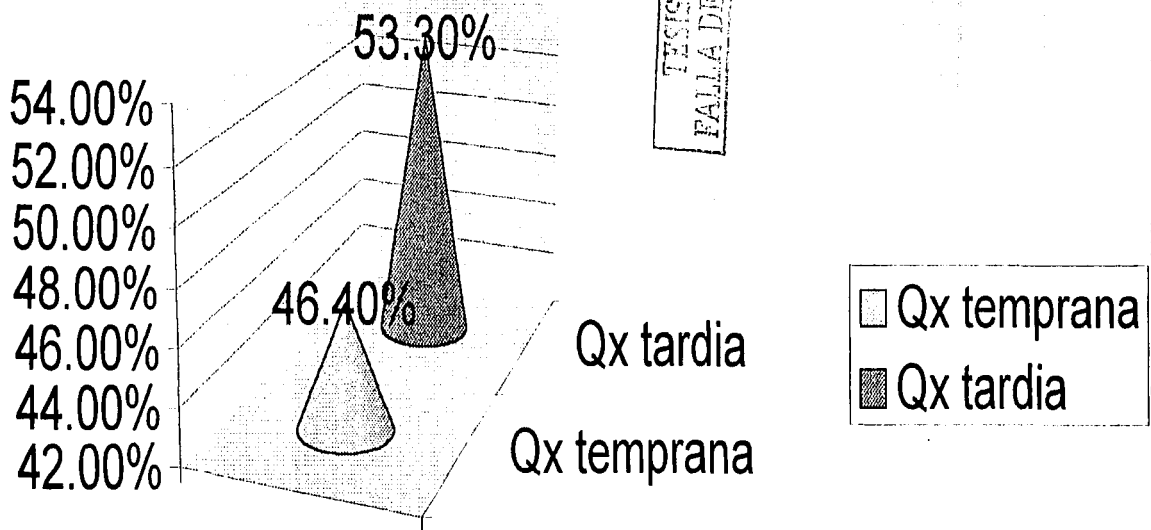
S



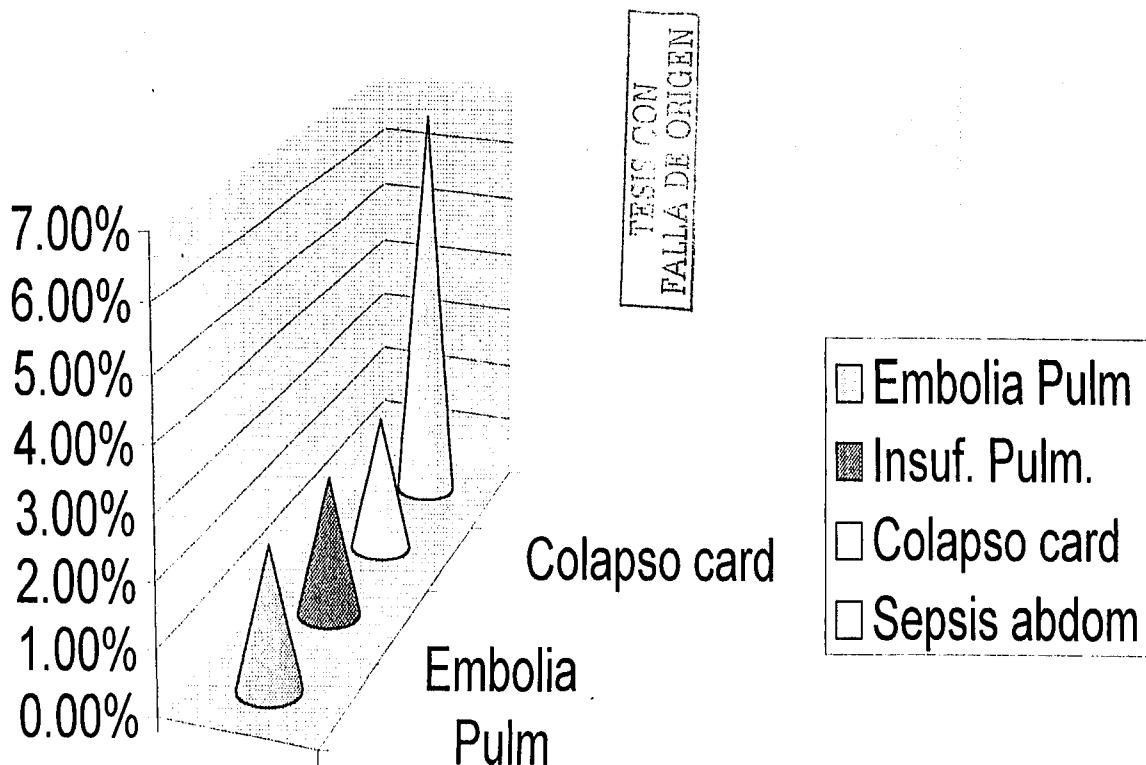
# GRADO DE SEVERIDAD



# TIEMPO DE CIRUGIA



# CAUSAS DE FALLECIMIENTO



## BIBLIOGRAFIA

1. Alan Lumsden, Edward L. Bradley III. Secondary pancreatic infection. Surgery Gynecology-Obstetrics. 1990, 170: 459-467.
2. Carlos A. Pellegrini. Surgery for gallstone pancreatitis. Am. J. of surgery. 1993, 165: 515-518.
3. Carlos Fernández del Castillo et al. Acute Pancreatitis. Surgery Vol. 342 August 21, 1993: 475-479.
4. Charles F. Frey et al. Avances sobre pancreatitis aguda. Atención médica. April/1993: 16-31.
5. Chen, J.W.C; SACCONI, G T P; TOULI, J. Sphincter of Oddi dysfunction And acute pancreatitis. An international Journal of gastroenterology and Hepatology. Vol. 43(3), Sep 1998: 305-308.
6. David Carr-Locke. Endoscopic Management of Pancreatitis, Gastroenterology MAY 19,1999.
7. D. H. Osborne, C.W. Imrie, D:C: Carter. Biliary surgery in the same admission for gallstone associated acute pancreatitis. Association of surgeons annual meeting. April/1981. 758-761.
8. Edward L. Bradley. A clinically based classification system for acute pancreatitis Arch. Surg-Vol 128, May 1993:586 590.
9. Edward L. Bradley III, William M. Steinberg et al. Controversies in Clinical Pancreatology. (Indications for debridement of Necrotizing Pancreatitis). Pancreas, Vol. 13, 1996: 219-223.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 10 Edward L. Bradley. Necrotizing Pancreatitis (Clinical dilemma)  
British Journal of Surgery, 1999, 86. 147-148.
- 11 Fernando Azcoitia Moraila et al. Manejo quirúrgico oportuno de la pancreatitis biliar. La importancia del factor tiempo.  
Cirujano general. Vol. 17 Núm. 1, 1995: 100-104.
- 12 Jhon Baillie. Treatment of acute Biliary pancreatitis.  
The new England Journal of Medicine. January 23, 1997. Vol. 336: 285-287.
- 13 J.J. Powell, R. Miles, A.K. Siriwardena. Antibiotic prophylaxis in the initial Management of severe acute pancreatitis.  
British Journal of surgery. 1998. 85. 582-587.
- 14 J.P. Neoptulemos et al. Controlled trial of urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy versus conservative treatment for Acute pancreatitis due to gallstones. The Lancet. Oct. 29. 1988: 979-983.
- 15 Marco G. Patti. Carlos A. Pellegrini. Pancreatitis por cálculos biliares.  
The Surgical Clinics of North America.: 1291-1309.
- 16 Michael L. Steer. How and Where Does Acute Pancreatitis begin?  
Arch. Surg-Vol. 127, November 1992. 1350-1353.
- 17 M. S. Reynaert, Th. Dugernier, P.J. Kestens. Current therapeutic strategies in severe acute pancreatitis. Intensive Care Medicine. (1990) 16:352-262.
- 18 Nanakram Agarwal, C.S. Pitchumoni. Assessment of Severity in Acute Pancreatitis.  
The American Journal of Gastroenterology. Vol. 86, No. 10, 1991: 1385-1391.
- 19 Nathaniel J. Soper, et al. Role of Laparoscopic cholecystectomy in the Management of Acute Gallstone Pancreatitis. The American Journal of Surgery.  
Vol. 167, January 1994: 42-51.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 20 **Peter A. Banks. Acute Pancreatitis: Medical and Surgical Management.**  
**The American Journal of gastroenterology. Vol. 89, No. 8. 1994: 578-565.**
- 21 **Thomas R. Kelly et al. Gallstone pancreatitis: A prospective randomized trial of de  
timing of surgery. Surgery Vol. 104, No.4, 1998: 600-605.**
- 22 **William Steinberg, Scott Tenner. Acute Pancreatitis (Review Articles).**  
**The New England Journal of Medicine. Vol. 330, No. 17. April 1994: 1198-1210.**

TESTIMON  
FALLA DE ORIGEN