



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA

DEPARTAMENTO DE POSGRADO

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL

**PANCREATITIS BILIAR: CUAL ES EL MOMENTO
IDEAL PARA EL MANEJO QUIRURGICO:
INMEDIATA, MEDIATA O TARDIAMENTE**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A:

DRA. MEJIA GONZALEZ ROSA MARIA

DIRECTOR DE TESIS

DR. MEJIA ARREGUIN HUGO

DR. AREVALO CEJUDO HUGO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

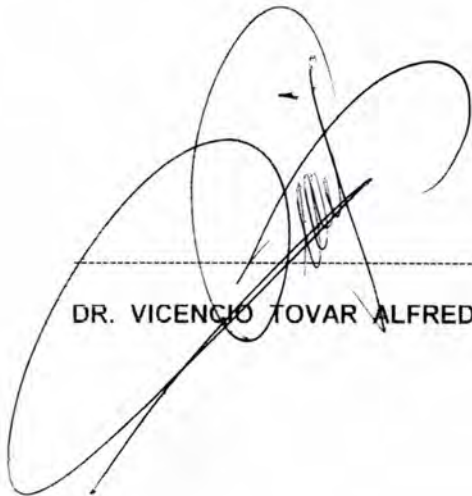


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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. VICENCIO TOVAR ALFREDO.

Especial ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
DRA. GARCIA BARRIOS CECILIA



DIRECCION DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SERVICIOS DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

SUB
DIVISION


24
2000

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	3
MATERIAL Y METODOS.....	9
RESULTADOS.....	12
DISCUSION.....	14
CONCLUSIONES.....	17
BIBLIOGRAFIA.....	20
GRAFICAS.....	22

RESUMEN

PANCREATITIS BILIAR:

¿ CUAL ES EL MOMENTO IDEAL PARA EL MANEJO QUIRURGICO: INMEDIATA, MEDIATA O TARDIAMENTE ?

Antecedentes: La pancreatitis biliar día con día se encuentra con mayor frecuencia en nuestro medio, relacionada con la tendencia a la ingesta de alimentos hipercalóricos ricos en ácidos grasos. Ocasionando un aumento en el número de hospitalizaciones en la población económicamente activa que puede conllevar incluso hasta la muerte.

Objetivos: Demostrar cuanto tiempo debe transcurrir entre el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico, para mejorar el pronóstico y disminuir o evitar las complicaciones locales y/o sistémicas en pacientes con pancreatitis biliar. Material y métodos: se realizo un estudio retrospectivo, longitudinal, comparativo, experimental, en el período comprendido de Enero a Diciembre de 1998, en 7 pacientes, con pancreatitis biliar a los cuales se les estadifico de acuerdo a su estado hemodinámico en tres grupos: Grupo 1; Pacientes con gran repercusión hemodinámica (con tres o más criterios de Ranson, tres o más criterios de Glasgow y ocho o más puntos de Apache II, a su ingreso. Y con estadio C, D o E de Baltazar) que no responden a la reanimación con manejo médico, a los cuales se les realizo, colescistectomía, más derivación de la vía biliar y colocación de drenajes a retroperitoneo. Grupo II; Pacientes con recuperación clínica pero se mantienen con alteraciones bioquímicas o por imagenología (menos de tres criterios de Ranson o Glasgow y menos de ocho puntos de Apache, estadios A o B de Baltazar), los cuales

se les realizó colecistectomía más colangiografía transoperatoria durante la hospitalización. Grupo III; Pacientes que se recuperaron con el manejo médico del evento agudo (menos de tres criterios de Ranson o Glasgow y menos de ocho puntos de Apache, estadios A o B de Baltazar), egresándose del servicio para realizarse colecistectomía más colangiografía transoperatoria o CPRE y posteriormente colecistectomía, después de 4 a 8 semanas de la hospitalización inicial.

Resultados; 7 pacientes, 5 del sexo femenino (71.4%) y 2 sexo masculino (28.5%), edad promedio 46.3. Con un promedio de hospitalización en el Grupo I de 7 a 10 días, Grupo II 10 a 18 días y el Grupo III 4 a 8 días. El 100 % de los pacientes del Grupo I tuvo una nueva hospitalización, el 0% en el Grupo II y el 100% en el Grupo III. Las complicaciones en el Grupo I fueron infección de herida quirúrgica (28.5%), litiasis residual (28.5%) y Pseudoquiste (28.5%) en el Grupo II infección de herida quirúrgica (14.2%) y en el Grupo III Pseudoquiste (14.2%) y Fístula de colon (14.2%).

INTRODUCCION

La pancreatitis aguda ya era conocida en la antigüedad. Sin embargo, la importancia del páncreas y la gravedad de sus alteraciones inflamatorias no fueron apreciadas hasta que la función de ese órgano, como parte del aparato digestivo, fuera establecida a mediados del siglo XIX. En 1886 Seen propuso que el tratamiento quirúrgico de la pancreatitis aguda debía indicarse en los pacientes con gangrena pancreática o con abscesos (1). Tres años después, en 1889, Fitz expuso los signos clásicos y la descripción anatomopatológica de la pancreatitis aguda y sugirió que la intervención quirúrgica temprana era inefectiva y muy peligrosa. En 1901 Opie, en el Hospital Johns Hopkins, describió en forma precisa el mecanismo patogénico de la pancreatitis biliar, al documentar la presencia de un cálculo impactado en la ampolla de Vater en la autopsia realizada en un paciente que había fallecido por una pancreatitis biliar (2). La importancia de la pancreatitis como causa importante de morbilidad y mortalidad fue evidenciada por Moynihan, que en 1925 describió la pancreatitis aguda como la “más terrible de las calamidades que podían suceder en las vísceras abdominales”. La pancreatitis aguda incluye un amplio espectro de procesos patológicos del páncreas que van desde un ligero edema intersticial hasta la gangrena y la necrosis graves. La presentación clínica es variable, desde un suave episodio de molestias abdominales de evolución espontánea, hasta una grave condición acompañada de hipotensión, secuestro de líquidos, trastornos metabólicos, sepsis y muerte. Más del 90% de los pacientes con pancreatitis agudas presentan cuadros clínicos leves o moderados. Estos

pacientes siguen un curso clínico de resolución espontánea y responden a las medidas médicas de apoyo. Sin embargo el 10% de los pacientes desarrollan una afección que pone en peligro su vida, asociadas con pancreatitis hemorrágica o necrotizante, con una significativa morbi-mortalidad a pesar de los mejores tratamientos aplicados. La causa de la muerte en la pancreatitis ha sido revisada, en fechas recientes, en dos estudios de autopsia. Entre 405 pacientes, los hallazgos posmortem más importantes pueden ser agrupados en relación con las muertes tempranas y tardías (4). En los pacientes que murieron dentro de los 7 primeros días de ingreso al hospital, la patología dominante, presente en el 95% de los casos, fue el edema y la congestión pulmonar. En los pacientes fallecidos después del 7o día, la patología dominante presente en el 77% de los casos fue la infección, por otra parte, en una revisión realizada en 126 pacientes con pancreatitis aguda, la complicación tardía dependía de los abscesos pancreáticos y de la deficiencia multiorgánica fue la que contribuyó a la mayoría de las muertes (5).

En cuanto a la génesis de la pancreatitis aguda se han implicado muchos estímulos. Cerca del 90% de los casos están relacionados con afecciones de la vía biliar o con la ingesta excesiva de alcohol; la frecuencia relativa de esas dos principales causas de pancreatitis es variable y depende del tipo de población estudiada, en los grandes hospitales urbanos de los Estados Unidos, el abuso de alcohol es la principal causa de pancreatitis aguda. En otras zonas de los EU y en muchas regiones de Europa y Asia, la pancreatitis asociada a litiasis biliar es la predominante.

El papel etiológico de los cálculos biliares en la patogénia de la pancreatitis aguda fue

sugerida por primera vez por Opie (6). Este autor propuso que la pancreatitis se iniciaba por un cálculo impactado en el ámpula de Vater y producía el pasaje de bilis hacia el páncreas y la consiguiente lesión pancreática. Se dispone de evidencias que corroboran de éste mecanismo patogénico a partir de diversos estudios clínicos que documentan la existencia de cálculos biliares en las heces del 90% de los pacientes con pancreatitis biliar aguda (7). Estos datos sugieren que la lesión pancreática se inicia con la migración del cálculo y no necesariamente por su impactación ampular. Otras evidencias que apoyan la teoría de la migración litiásica provienen de los estudios colangiográficos que demuestran la presencia de un canal común para los conductos colédoco y de Wirsung en más del 90% de los pacientes con pancreatitis biliares comparada con solo el 20% al 30% de incidencia de canal común en los pacientes sin antecedentes de pancreatitis aguda (8). Durante la colangiografía operatoria de rutina, realizada durante la colecistectomía, el reflujo pancreático se encuentra en más del 60% de los pacientes con antecedentes pancreáticos, cuatro veces más que en los carentes de antecedentes pancreáticos (9). Por ello, las pancreatitis asociadas con cálculos biliares se vinculan con la existencia de un conducto anatómico común entre las vías biliares y las pancreáticas y parecen desarrollarse luego de la migración de un cálculo desde el colédoco a través de la papila de Vater.

La pancreatitis biliar es una indicación precisa para realizar el tratamiento definitivo de la afección biliar si se desea reducir al mínimo la incidencia de pancreatitis recurrente. Existe un gran debate entre los cirujanos en relación con las opciones que existen respecto a la oportunidad de la intervención biliar. Entre ellas se incluyen: A. Cirugía

electiva, B. Cirugía durante la internación inicial por pancreatitis biliar, después de haber conseguido la mejoría clínica y C. Cirugía temprana, dentro de las primeras 72 horas, de iniciado el cuadro clínico de pancreatitis biliar aguda.

La primera opción, cirugía biliar diferida durante 8 semanas a partir del episodio agudo de pancreatitis, ha perdido apoyo en forma gradual. La historia natural de las pancreatitis biliar que no es tratada con cirugía biliar definitiva, demuestra que se pueden esperar recurrencias frecuentes. Más del 50% de los pacientes presentan una recidiva de la pancreatitis mientras esta esperando la cirugía biliar definitiva (10). Por ello, diferir la cirugía significa colocar un gran porcentaje de pacientes bajo el riesgo de la pancreatitis recidivante. En los episodios típicos de pancreatitis biliar, la presentación clínica, el grado de hiperamilasemia y la extensión de la lesión pancreática son leves y las anomalías provocadas se resuelven con rapidez. La cirugía sobre la vía biliar realizada dentro de los 5-7 días a partir de la internación ha probado ser un método seguro y efectivo que elimina la necesidad de una segunda internación y reduce la extensión de la estadía hospitalaria. Por ello y en la actualidad, la mayoría de los cirujanos prefieren la segunda opción y recomiendan, en las pancreatitis biliares, la cirugía biliar durante la hospitalización inicial, luego de la resolución del episodio inflamatorio agudo. La excepción para este tratamiento se encuentra en los pacientes con pancreatitis grave que presentan una evolución prolongada, con íleo persistente, distensión, colecciones líquidas demostrables por TAC y descenso lento de hiperamilasemia. Mientras la mejoría continúa durante el tratamiento médico, esos pacientes pueden beneficiarse con un retraso de la cirugía biliar a fin de permitir la

resolución completa de la pancreatitis y la inflamación peripancreática. En este subgrupo de pacientes, puede resultar apropiado esperar un intervalo corto (más de 4 sem.) entre el momento del alta hospitalaria y la realización de cirugía biliar definitiva.

La tercera opción terapéutica para la pancreatitis biliar es la operación inmediata, en el momento del comienzo de la enfermedad, tal como ha sido sugerido por Acosta y col. Las razones que fundamentan ésta operación temprana es la rápida eliminación de la obstrucción ampular producida por un cálculo coledociano con lo que, al menos teóricamente, se reduce la gravedad del episodio de pancreatitis. En su estudio comparativo entre pacientes tratados con cirugía diferida y otro grupo de casos sometidos a cirugía inmediata (colecistectomía y exploración coledociana), los índices de mortalidad fueron de 16 y 2% respectivamente. Por desgracia, los índices de mortalidad en el grupo histórico parecen ser demasiado altos si se compara con otros estudios.

La mayor parte de los datos obtenidos no ha podido revelar ventajas efectivas para la cirugía temprana en la pancreatitis biliar. De hecho la cirugía temprana no parece ofrecer ventajas en la gran mayoría de los pacientes, dado que gran parte de ellos mejoran con el tratamiento médico habitual y eliminan sus cálculos coledocianos en forma espontánea,

En resumen, la recomendación actual para el tratamiento de los pacientes con pancreatitis biliar se inclina a favor de las medidas generales por la cirugía durante la misma internación. Con este plan terapéutico, la mayor parte de los pacientes eliminan hacia el duodeno los cálculos coledocianos antes de que se realice la colecistectomía

evitando así la necesidad de otras maniobras quirúrgicas más complejas (EVB o esfinteroplastia). En los pacientes que presentan un curso prolongado, acompañado de deterioro progresivo de su estado general, el uso de la CEPRE proporciona un método seguro para documentar la presencia de coledocolitiasis (12). Los cálculos ampulares impactados pueden ser retirados mediante una esfinterotomía endoscópica con colecistectomía.

El presente estudio apoya la realización de cirugía definitiva de una afección biliar durante la hospitalización inicial, después de haber mejorado las condiciones hemodinámicas de los pacientes, disminuyendo la morbimortalidad.

MATERIAL Y METODOS

Se diseñó un estudio retrospectivo, longitudinal, comparativo, experimental. En él se incluyeron 7 pacientes con sospecha de pancreatitis biliar, captados en el servicio de urgencias del Hospital General Xoco del I.S.S.D.F. en el período comprendido de enero a diciembre de 1998. Con los siguientes criterios de inclusión: pacientes entre 20 y 90 años de edad, con pancreatitis biliar, de ambos sexos, independientemente del estado socioeconómico y religión atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General Xoco. Criterios de exclusión: embarazo, enfermedad concomitante descompensada (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Insuficiencia Renal, Cardiopatía e Insuficiencia Hepática), pacientes intervenidos en otra institución de salud y pancreatitis de etiología diferente a la biliar. Criterios de eliminación: traslado a otra unidad de salud.

Se estudiaron 7 pacientes (5 del sexo femenino y 2 del sexo masculino, Gráfica 1) con un promedio de edad de 46.3 a su ingreso al servicio de urgencias, se tomaron determinaciones de amilasa sérica, biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, pruebas de funcionamiento hepático, tiempos de coagulación, gasometría arterial y venosa, y monitorización de signos vitales, USG de Hígado, vías biliares y páncreas, además de TAC para diagnosticar pancreatitis biliar y estadificar el estado hemodinámico. Utilizando las escalas de Glasgow modificada, Apache, y los criterios de Ranson y Baltazar.

Al mismo tiempo se inicia manejo médico a todas las pacientes con infusión de soluciones cristaloides intravenosas, analgesia, supresión de la secreción exócrina del

páncreas (colocación de sonda nasogástrica, inhibidores H2 y antiácidos) moniotrización de los signos vitales y control estricto de líquidos.

Posteriormente y de acuerdo al estado hemodinámico se divide a la población en tres grupos de estudio:

GRUPO I Tres o más criterios de Ranson o Glasgow, ocho o más criterios de la escala de Apache y estadios C en delante de Baltazar.

MANEJO QUIRURGICO TEMPRANO (MQT): Dentro de las primeras 72 hrs., del inicio del cuadro clínico de pancreatitis, realizándose: colecistectomía más derivación de la vía biliar y colocación de drenajes hacia retroperitoneo (páncreas). (*)

GRUPO II: Menos de tres criterios de Ranson o Glasgow, menos de ocho criterios en la escala de Apache y estadios A o B de Baltazar. Hiperamilasemia persistente.

MANEJO QUIRURGICO MEDIATO (MQM): Cirugía durante la hospitalización inicial por pancreatitis biliar, hasta una semana después de la hospitalización; realizándose colecistectomía más colangiografía transoperatoria. (**)

GRUPO III: Menos de tres criterios de Ranson o Glasgow, menos de ocho criterios en la escala de Apache y estadios A o B de Baltazar.

CIRUGIA ELECTIVA (MQE): 4 a 8 semanas después del evento agudo de pancreatitis en donde se realizará colecistectomía más colangiografía transoperatoria, o previamente se realizará CPRE y en un segundo tiempo colecistectomía. (***)

(*) Pacientes con gran repercusión hemodinámica, que no responden a la reanimación con manejo médico. Los tres pacientes fueron intervenidos como urgencia quirúrgica

mediante laparotomía, dos por presentar abdomen agudo y el tercero por deterioro hemodinámico a pesar del manejo en UCI. Realizándose en todos ellos colecistectomía, exploración de vías biliares y colocación de drenajes hacia retroperitoneo más necrosectomía y lavado peritoneal al paciente con pancreatitis necrótica.

(**) Pacientes con recuperación clínica, pero se mantienen con alteraciones bioquímicas o por imagenología. En este grupo el manejo quirúrgico se realizó después del séptimo día de hospitalización, ya que remitió el cuadro agudo, el tipo de incisión utilizada fue una Masson y una Kocher; realizando colecistectomía más colangiografía transoperatoria, en un paciente se evidencia litiasis coledociana realizándose exploración de vías biliares con extracción de dos litos y colocación de sonda en "T"; en el segundo caso no se evidencia coledocolitiasis.

(***) Pacientes que se recuperaron con el manejo médico. Se realizó colangiopancreatografía transendoscópica (CPRE) en un paciente y posteriormente colecistectomía. Al segundo paciente se le drenó una colección de retroperitoneo y posteriormente se realiza colecistectomía con exploración de vías biliares y colocación de drenajes hacia retroperitoneo.

El seguimiento de todos los pacientes se llevará a cabo durante su hospitalización, mediante la toma seriada de muestras sanguíneas para análisis de amilasa sérica, pruebas de funcionamiento hepático y amilasa urinaria en el posoperatorio, además del uso de TAC.

RESULTADOS

Los resultados fueron valorados de acuerdo a los siguientes parámetros:

1. ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA. (Cuadro 1 y 2)

El Grupo I estuvo hospitalizado en promedio de 7 a 10 días, requiriendo más de dos rehospitalizaciones que duro cada una en promedio de 10 a 15 días.

En el Grupo II el promedio de días de hospitalización fue de 10 a 18 sin requerir rehospitalización.

En el Grupo III la primera hospitalización duro de 4 a 8 días requiriendo nueva hospitalización con un promedio de 5 a 10 días.

2. HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS. (Cuadro 3)

Pancreatitis edematosa; seis casos.

Pancreatitis necrótica; un caso.

Los tres pacientes del Grupo I presentaron coledocolitiasis, dos del Grupo II y cero del Grupo III. Todos los pacientes del Grupo I presentaron dilatación de coledoco uno del Grupo II y cero en el Grupo III.

3. EVOLUCION A TRES MESES. (Cuadro 4)

Dos pacientes del Grupo I presentaron litiasis residual, evidenciada por colangiografía transonda; sometiendo a ambos a CPRE y esfinterotomía. Cuatro semanas después del evento quirúrgico inicial desarrollan pseudoquiste, uno de

ellos es sometido a cistogastrostomía, evolucionando satisfactoriamente, el segundo drena espontáneamente el pseudoquiste y cuatro semanas después se descubre la formación de un nuevo pseudoquiste realizándose cistoyeyunostomía; ambos pacientes presentan un grado II de desnutrición, y el segundo paciente persiste con dolor en epigastrio.

Un paciente del Grupo I desarrollo pseudoquiste cinco semanas después del evento de pancreatitis, resolviéndose con cistogastrostomía, con evolución satisfactoria.

El segundo paciente de este mismo Grupo desarrollo una fistula de colon transverso, manejado con colostomía.

Dos pacientes del Grupo I presentan infección de la herida quirúrgica y uno del Grupo II manejados con antibioticoterapia y medidas generales.

DISCUSION

Se puede concluir con este trabajo de investigación que la pancreatitis biliar es una indicación precisa para realizar el tratamiento definitivo de la afección biliar si se desea reducir al mínimo las complicaciones. Existe un gran debate entre los cirujanos en relación con las opciones que existen respecto a la oportunidad de la intervención biliar. Entre ellas se incluyen: A. Cirugía electiva, B. Cirugía durante la internación inicial por pancreatitis biliar, después de haber conseguido la mejoría clínica y C. Cirugía temprana, dentro de las primeras 72 hrs. , de iniciado el cuadro clínico de pancreatitis biliar aguda.

La primera opción, cirugía biliar diferida durante 8 semanas a partir del episodio agudo de pancreatitis, ha perdido apoyo en forma gradual. La historia natural de las pancreatitis biliar que no es tratada con cirugía biliar definitiva, demuestra que se pueden esperar recurrencias frecuentes. Más del 50% de los pacientes presentan una recidiva de la pancreatitis mientras esta esperando la cirugía biliar definitiva, como lo demuestran Kelly y Poloyan en su estudio el cual concuerda con el presente trabajo encontrándose que el 50% de la población reingresa.

La cirugía sobre la vía biliar realizada dentro de los 5 a 7 días a partir de la internación probó ser un método seguro y efectivo que elimina la necesidad de una segunda internación y reduce la extensión de la estadía hospitalaria y el número de complicaciones, mostrando la mejor evolución.

La tercera opción terapéutica para la pancreatitis biliar es la operación inmediata, en el comienzo de la enfermedad, tal como se ha sugerido por Acosta y Col. Las razones que fundamentan esta operación temprana es la rápida eliminación de la obstrucción ampular producida por un calculo coledociano con el que, al menos teóricamente, se reduce la gravedad del episodio de pancreatitis. La conclusión de que la cirugía inmediata debe ser realizada en todos los pacientes con pancreatitis aguda biliar parece ser demasiado agresiva. En un estudio aleatorio realizado en pacientes con pancreatitis biliar, Stone ha demostrado que la operación temprana, dentro de las 72 hrs. de la internación, podía ser realizada en forma segura, con una morbilidad y mortalidad equivalentes a las que se observan en los pacientes operados a los 3 meses de haber superado el episodio de pancreatitis aguda. Sin embargo, los pacientes operados en estadios tempranos presentaron una incidencia de litiasis coledociana (demostrada por colangiografía) Más de 3 veces superior (64% vs 18%), lo que sugiere que son necesarios procedimientos más complicados (ej. exploración supraduodenal o transduodenal del colédoco y esfinteroplastia) en los pacientes tratados en forma temprana. De hecho la cirugía temprana no parece ofrecer ventajas en la gran mayoría de los pacientes, dado que gran parte de ellos mejoran con el tratamiento médico habitual y eliminan sus cálculos coledocianos en forma temprana, comparado con nuestro grupo de trabajo fue el que más complicaciones presentó requiriendo más internamientos y el uso de maniobras quirúrgicas más complicadas. En resumen, la recomendación actual para el tratamiento de los pacientes con pancreatitis biliar se

inclina a favor de las medidas seguidas por la cirugía durante la misma internación. Con este plan terapéutico, la mayor parte de los pacientes eliminan hacia el duodeno los cálculos coledocianos antes que la colecistectomía evitando así la necesidad de realizar otras maniobras quirúrgicas más complejas (EVB o esfinteroplastia). En los pacientes que presentan un curso prolongado, acompañado de deterioro progresivo de su estado general, el uso de la CEPRE proporciona un método seguro para documentar la presencia de coledocolitiasis. Los cálculos ampulares impactados pueden ser retirados mediante una esfinterotomía endoscópica con cirugía inmediata.

CONCLUSIONES

1. El tratamiento quirúrgico definitivo de la afección biliar después de mejorar las condiciones clínicas y bioquímicas de los pacientes con pancreatitis biliar es el más seguro ya que en un gran porcentaje estos pacientes eliminan los cálculos coledocianos en forma espontánea.
2. El tiempo de hospitalización contando los reinternamientos que presentan los pacientes intervenidos en forma temprana y tardía aumentan en comparación con el grupo de pacientes que permanece hospitalizado desde el inicio de la pancreatitis biliar hasta su resolución definitiva, como lo demuestra Kelly y Poloyan en su estudio de pancreatitis biliar que no es tratada con cirugía definitiva, presentando recurrencias hasta en el 50% de la población.
3. Los gastos médicos disminuyen en el grupo operado después de mejorar las condiciones generales, así mismo el número de procedimientos invasivos (exploración de vías biliares, esfinteroplastia, etc.).
4. La historia natural de la pancreatitis biliar que no es tratada con cirugía definitiva, puede presentar recurrencias frecuentes hasta en más del 50%, mientras los pacientes se encuentran esperando cirugía definitiva, como lo demuestran Kelly y Poloyan concordante con el presente estudio en donde el 50% de los pacientes presentan una recidiva de la pancreatitis.
5. Acosta y col. En su estudio apoyan el manejo quirúrgico temprano fundamentada en la rápida eliminación de la obstrucción ampular por un lito, con

lo que teóricamente se reduce la gravedad de el episodio de pancreatitis. En comparación con Stone en cuyo estudio se realiza cirugía después de que el paciente se encuentra en mejores condiciones generales (después del tercer día de hospitalización) presentando menor número de complicaciones; lo cual se adecua a nuestro trabajo en donde los paciente que son intervenidos en forma temprana evolucionan en forma satisfactoriamente en el postoperatorio inmediato, sin embargo presentan mayor número de complicaciones, por ejemplo litiasis residual o pseudoquistes. Por lo que requieren procedimientos más complicados para su resolución por ejemplo: esfinterotomía, esfinteroplastia, etc.

6. Mercer en su estudio apoya el manejo médico al ingreso de los pacientes con pancreatitis biliar, para realizar cirugía electiva 7 a 10 días después del cuadro agudo. En comparación con el presente estudio en donde se realiza manejo médico a todos los pacientes para someter a cirugía de urgencia a los pacientes con inestabilidad hemodinámica y los pacientes que mejoran se les programa cirugía electiva.
 7. Ranson en su estudio con 58 pacientes con pancreatitis biliar realiza manejo conservador para subsecuentemente hacer cirugía programada realizándose colecistectomía más exploración de vías biliares y colangiografía presentando una buena respuesta al manejo sin reportarse mortalidad; estudio concordante con el nuestro en donde 7 días después del evento agudo se realiza el mismo procedimiento sin reportarse mortalidad y la morbilidad es mucho menor que en el Grupo I y III.
 8. Actualmente hay dos escuelas, en cuanto al manejo de la pancreatitis aguda
-

los primeros apoyan el manejo temprano (hasta 48 horas de iniciado el cuadro clínico) y la segunda escuela el manejo tardío. Haciendo una comparación entre ambas escuelas la mortalidad reportada por Kelly el cual realiza cirugía en el 63 % de sus pacientes antes de las 48 horas, fue de 12 %, en comparación con Ranson que realiza la cirugía después de 5 a 7 días de iniciado el cuadro agudo, la moratlidad es de 5%. Esta comparación de estudios apoyan la presente investigación ya que aunque no se reporta mortalidad, el número de complicaciones es mucho menor en el grupo en que se realiza el evento quirúrgico después del quinto día de hospitalización.

9. La literatura europea reporta la realización de CPRE y esfinterotomía en pacientes con pancreatitis biliar en el inicio del cuadro clínico de pancreatitis biliar disminuyendo la morbimortalidad.
10. Actualmente el manejo ideal como lo reporta Ferreira, Reynolds y Larson es el uso de colangiopancreatografía retrograda endoscópica para realización de esfinterotomía y posteriormente colecistectomía laparoscópica.
11. La pancreatitis biliar es la causante de un gran porcentaje de muertes debidas al gran número de alteraciones bioquímicas que conllevan a la alteración multiórganica, por lo que actualmente el manejo en forma experimental se encamina a evitar la teoría del segundo ataque y la falla orgánica múltiple, mediante el manejo de citoquinas que modulan el sistema neuroendócrino.

BIBLIOGRAFIA

1. Senn, N: The Surgery of the Pancreas. Philadelphia, W.J. Dorman, 1886, pp. 71-107
2. Fitz, R.H.: Acute pancreatitis: Boston Med. Surg. J. 120; 181, 1889.
3. Opie, E.L.: The etiology of acute hemorrhagic pancreatitis. Bull Jons Hopkins Hosp. 12;182, 1901
4. Moynihan, B: Acute pancreatitis, Ann Surg. 81:132, 1925
5. Renner, I.G. Savage W.T., III Pantoja, J.L. et al a: Death due to acute pancreatitis: A retrospective analysis of 405 autopsy cases. Dig. Dis. Sci., 30: 1005, 1985
6. Wilson, C.: Imrie, CW, and Carter D.C. Fatal acute pancreatitis, Gut 29:782, 1988.
7. Acosta J.M. and Ledesma, C.L.: Gallstone migration as a cause of acute pancreatitis. N Engl. J. Med., 290:484, 1974.
8. Kelly, T.R.: Gallstone pancreatitis: Pathophysiology. Surgery 80:
9. Kelly, T.R. Gallstone pancreatitis: local predisposing factors. Ann Surg. 200:479, 1984
10. Plice.A. Waxman, Ksmolin, M. et al. Development of gallstone pancreatitis: The role of the common chanel. Arch Surg., 119:1299, 1984
11. Jones, B.A; Salsberg, B.B.; J.M.A.; et al, common pancreatobiliary chanele and their relationship to gallstone size in gallstone pancreatitis. Ann Surg. 205: 123, 1987
12. Armstrong, C.P. AND TAYLOR, t.v.: Pancreatic dux reflux and acute gallstone pancreatitis. Ann Surg, 204-59, 1990
13. Kelly T.R. Gallstone pancreatitis; timing of biliary tracti operations in patients with pancreatitis associate with gallstone. Surg Gynecol Obst. 141 737, 1998
14. Paloyan, D.: Timing of biliary surgery in patientes with pancreatitis associate with gallstone. Surg 130-737, 1996.
15. Ranson, J.H.C. The timing of biliary tract surgery in acute pancreatitis. Ann Surg, 129-189 1980
16. Acosta, J.M. Roosi, R. Galli: Early surgery for acute gallstone pancreatitis: Evaluation of a sistematic approach, Surg 83; 367, 1995
17. Acosta, J.M. Pellegrini and Skiner: Etiology and pathogenesis of acute biliary pancreatitis. Surgery 88: 118, 1997
18. Stone, H.H.; Gallstone pancreatitis; biliary tract pathology relation to time of operation. Ann Surg 194; 305, 1987.
19. Lee, M.J.R. et. al. Endoscopic retrograde cholangiogrampancreatobiliary after acute pancreatitis. Surg Gynecol Obs 163: 354, 1986
20. Safrany, L.; A preliminary report: urgent duodenoscopic sphinterotomy for acute gallstone pancreatitis, Surgery 89: 1998.

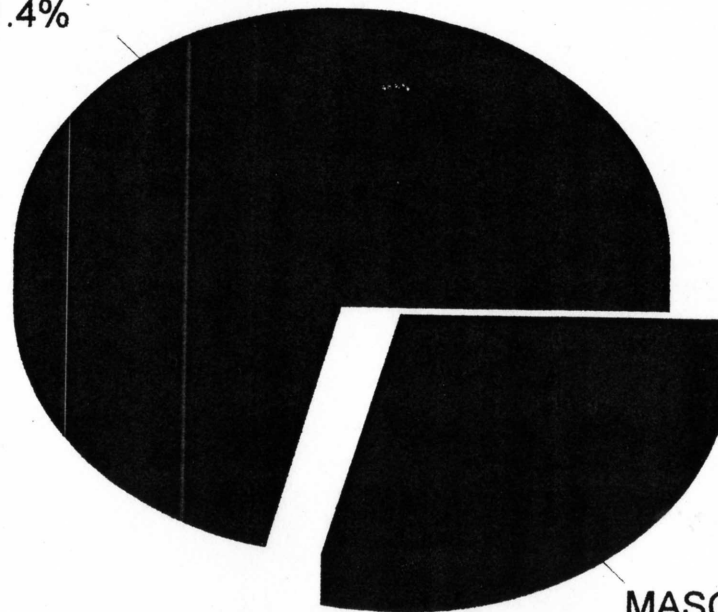
21. Gadaez TR, Lillemo K, Zimmer K, et al: Common bile duct complications of pancreatitis: Evaluation and treatment. *Surgery* 93:235, 1983.
 22. Littenberg G, Afroudakis et al: Common bile duct stenosis from chronic pancreatitis: A clinical and pathologic spectrum. *Medicine* 58:385, 1990.
 23. Skellenger, Patterson, Foley, et al: Cholestasis due to compression of the common bile duct by pancreatic pseudocysts. *Am J Surg* 145:343, 1983.
 25. Wislof F, Jakobsen j, Osnes M : Stenosis of the common bile duct in chronic pancreatitis. *Br. J Surg* 69:52, 1992.
 26. Yadegar j, Williams RA, Passaro E Jr, et al: Common duct stricture from chronic pancreatitis. *Arch Surg* 115:582, 1990.
 27. Knaus WA, Zimmerman; Wagner, APACHE II: a severity of disease classification. *Crit Care Med*. 1985;13:818,20.
 28. Ranson JHC, Rifkind, et al: Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis. *Surg Gynecol obstet* 1991;139:69-81.
 29. Bradley EL. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Atlanta, GA, September 11-13, 1992. *Arch Surg* 1993; 128:586-90.
 30. Imrie CW, Benjamin IS, Ferguson JC, et al. A single centre double blind trial of Trasylol therapy in primary acute pancreatitis. *Br J Surg* 1998;65:337-47.
-

DISTRIBUCION POR SEXO

PACREATITIS BILIAR

FEMENINO

71.4%



MASCULINO

28.6%

GRAFICA 1

DIAS DE HOSPITALIZACION

PANCREATITIS BILIAR

	DIAS
GRUPO I	7 - 10
GRUPO II	10 - 18
GRUPO III	4 - 8

CUADRO 1

REHOSPITALIZACIONES

PANCREATITIS BILIAR

	DIAS
GRUPO I	10 - 15
GRUPO II	0
GRUPO III	5 - 10

CUADRO 2

HALLAZGOS

PANCRATITIS BILIAR

HALLAZGO	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III
LIQUIDO DE REACCION	2	1	1
PANCREAS EDEMATOSO	2	2	1
PANCREAS CON NECROSIS	1	0	0
COLEDOCOLITIASIS	3	2	0
COLELITIASIS	0	1	1
DILATACION DEL COLEDOCO	3	1	0

CUADRO 3

COMPLICACIONES

PANCREATITIS BILIAR

COMPLICACION	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III
INFECCION DE H QX	2	1	0
LITIASIS RESIDUAL	2	0	0
PSEUDOQUISTE	2	0	1
FISTULA	0	0	1

CUADRO 4