



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN

CIRUGIA GENERAL

**“COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA
TEMPRANA Y COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN
PANCREATITIS AGUDA LEVE BILIAR CONTRA MANEJO
CONVENCIONAL”**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTADO POR LAURA CAMPOS DURAN

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN CIRUGIA
GENERAL**

DIRECTOR DE TESIS. DR. ISAIAS VALDERRAMA BASTIDA

2012



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO
FEDERAL**

**DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN**

**SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y
POSGRADO**

**CURSO UNIVERSITARIO DE
ESPECIALIZACIÓN EN**

CIRUGIA GENERAL

**“COLANGIOPANCREATOGRFIA
RETROGRADA ENDOSCOPICA
TEMPRANA Y COLECISTECTOMIA
LAPAROSCOPICA EN PANCREATITIS
AGUDA LEVE BILIAR CONTRA
MANEJO CONVENCIONAL”**

**TRABAJO DE INVESTIGACION
CLINICA**

**PRESENTADO POR LAURA CAMPOS
DURAN**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL**

DIRECTOR DE TESIS. DR. ISAIAS
VALDERRAMA BASTIDA

**COLANGIOPANCREATOGRFIA
RETROGRADA ENDOSCOPICA
TEMPRANA Y COLECISTECTOMIA
LAPAROSCOPICA EN PANCREATITIS
AGUDA LEVE BILIAR CONTRA
MANEJO CONVENCIONAL.**

Autor. Dra. Laura Campos Durán

Vo. Bo.

Dr. Alfredo Vicencio Tovar

Titular del Curso de Especialización en
Cirugía General

Vo. Bo.

Nombre del Director de Educación e
Investigación

Dr. Antonio Fraga Mouret

Director de Educación e Investigación.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A Dios por concederme estudiar lo que siempre anhele, a mis padres Francisco y Rosario, por ser mi apoyo en todo momento, mi ejemplo a seguir y por darme el animo de concluir siempre mis sueños, a mis maestros por su enseñanza fiel, constante y autentica, a José Luis por su apoyo incondicional.

Dr. Isaías Valderrama por su tiempo y enseñanza.

A la secretaria de salud del Distrito Federal por fomentar la formación de médicos especialistas responsables y resolutivos.

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION	3
MATERIAL Y METODOS.....	12
RESULTADOS.....	13
DISCUSION	18
CONCLUSIONES.....	20
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	21
ANEXOS.....	24

RESUMEN

La pancreatitis aguda es una enfermedad con el potencial de desarrollar una morbilidad y mortalidad significativas, en nuestro medio la mayoría son secundarias a patología biliar. El supuesto que haya tiempo crítico para desobstruir la papila y evitar que se progrese a una pancreatitis severa es la base para la intervención mediante esfinterotomía temprana. El objetivo del estudio es determinar los beneficios de la esfinterotomía temprana en los pacientes con pancreatitis aguda leve al ser comparados con el manejo conservador, evaluar días de estancia hospitalaria y complicaciones. Se realizó un estudio observacional, comparativo, retrospectivo, transversal, en expedientes clínicos registrados en cirugía general y endoscopia del Hospital General Villa, del 1º agosto 2010 al 31 julio del 2011; con los siguientes criterios de inclusión: diagnóstico de pancreatitis aguda leve de origen biliar, ambos sexos, sin comorbilidades; no inclusión los expedientes incompletos, mediante base de datos en Excel, pruebas estadísticas descriptivas: de **resumen**: porcentaje, **tendencia central**: media y **dispersión**: desviación estándar y rango, para demostrar diferencias estadísticas se calcularon las pruebas: *T de Student* y *chi cuadrada*.

El género femenino es más afectado así como el grupo etario entre los 20 a los 29 años. Grupo 1: esfinterotomía al 100%, reportándose vía biliar normal en la mitad y vía biliar dilatada en 12 (45.8%), se extrajeron litos

en 10 (41.6%). Grupo 2: esfinterotomía a 12 (63.1%), vía biliar normal en 9 (47.3%), dilatada en 3 (15.7%) y en todos ellos la extracción de litos, estancia hospitalaria en grupo 1: 6 días (58.33%), media de 5.29 días, grupo 2: 9 días (63.25%), media de 8.05 días. Complicaciones grupo 1: reactivación aguda en un paciente (4.16%), grupo 2: cinco pacientes (26.3%) respiratorias y sangrado de tubo digestivo.

La colangiopancreatografía endoscópica temprana se puede realizar sin riesgo y entre más temprano más se detecta coledocolitiasis. La recurrencia se presentó en el grupo 1. Los días de estancia intrahospitalaria no mostraron diferencias significativas.

Palabras clave: pancreatitis aguda de origen biliar, colangiografía retrograda endoscópica temprana, colecistectomía vía laparoscópica.

COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA TEMPRANA Y COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN PANCREATITIS AGUDA LEVE BILIAR CONTRA MANEJO CONVENCIONAL.

INTRODUCCION

La pancreatitis aguda es una enfermedad que tiene el potencial de desarrollar una morbilidad y una mortalidad significativas, se reporta hasta un 95%.³ En nuestro medio la mayoría de las pancreatitis son secundarias a patología biliar. Aunque la patogenia exacta de cómo se produce la pancreatitis no se ha dilucidado en su totalidad, y se discute mucho sobre su manejo, la colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) tiene un papel muy importante como arma terapéutica.^{1,10} Se han postulado diversas teorías; en 1901 Eugene Opie en el Hospital John Hopkins de Baltimore, Estados Unidos, con la teoría de la obstrucción o de Opie, encontró en una autopsia por pancreatitis un cálculo impactado en la papila.^{7,8,10,16} Esto llevo a la hipótesis que un cálculo impactado en la papila permitía el reflujo de contenido biliar hacia el conducto pancreático produciendo la pancreatitis.^{10,16} A esta teoría da soporte al hecho de que medio de contraste inyectado en la vía biliar refluye al conducto pancreático con mayor frecuencia en pacientes con pancreatitis. También el hecho de una mayor frecuencia de un canal común en estos pacientes.^{6-8,10,12,14-16} La teoría de la obstrucción se desarrollo a partir de los estudios de Acosta y Ledezma en 1974 en los

que informo la recuperación de cálculos en las heces en un 94% de los pacientes con pancreatitis aguda de origen biliar comparado con solo el 8% de pacientes con colelitiasis sin pancreatitis.^{1,5,7,10,17} También se ha propuesto la teoría del reflujo que se refiere a una papila incompetente, lo que puede ser secundario al paso de un cálculo, y que permite el reflujo de enzimas activadas desde el duodeno al conducto pancreático.^{1,5,10,12} Hay estudios que demuestran como los pacientes con pancreatitis biliar tienen una mayor frecuencia de múltiples cálculos en vesícula, cálculos menores de 5 mm, en forma de mora y cístico dilatado.⁸ En resumen podemos decir que la causa de la pancreatitis biliar es un calculo que migra desde la vesícula y se impacta temporalmente en la papila causando obstrucción del conducto pancreático.^{1,6,7,8} Se ha propuesto que el tiempo que dure la obstrucción a nivel de la papila determina la severidad de la pancreatitis. Esto es controversial. En algunos estudios quirúrgicos se encontró pancreatitis severa con mayor frecuencia.^{6-8,14,17} El supuesto que haya tiempo critico para desobstruir la papila y evitar que se progrese a una pancreatitis severa es la base para la intervención temprana en pancreatitis biliar.^{6-8,17} El diagnostico de pancreatitis se hace generalmente cuando se presenta dolor característico acompañado por una elevación de al menos 3 veces el valor normal en la lipasa y cuatro veces el valor normal de la amilasa³. El nivel de elevación de estas no se correlaciona con la severidad.^{3,9,12} El origen biliar se sospecha con el hallazgo de colelitiasis en la ecografía. La sensibilidad de la ecografía en el diagnostico de colelitiasis en pacientes con pancreatitis aguda es de

solo 67% mejorando a un 78% si se repite luego de que el episodio se resuelva.^{3,6,9} La hiperbilirrubinemia persistente por 48 horas se considera el mejor predictor de coledocolitiasis siendo mayor de 1.35 mg/dl teniendo 90% de sensibilidad y 63% de especificidad. Aun si la ecografía es negativa, una elevación de la ALT y AST mayor de tres veces el valor normal se correlaciona con un origen biliar.^{3,6} La mayoría de los pacientes con pancreatitis biliar se recuperan rápidamente, pero algunos desarrollan una pancreatitis severa con una alta morbilidad y mortalidad. Por eso es importante identificar estos pacientes desde un comienzo, lo que también permite identificar el grupo que mas se beneficia de una intervención temprana.^{1,7,8} La pancreatitis se clasifica en leve y severa, según la clasificación de Atlanta de 1992. Varios criterios se utilizan para identificar los pacientes con pancreatitis severa: la presencia de falla orgánica en especial respiratoria, choque hipovolémico y falla renal. Los signos pronósticos medidos por tres o más criterios de Ranson, tres o más criterios de Glasgow modificados o más de 8 puntos en la escala APACHE II. Los signos pronósticos tanto los de Ranson como los de Glasgow necesitan 48 horas para completarse. El APACHE II tiene la ventaja de poder aplicarse en cualquier momento de la evolución del paciente. La proteína C reactiva sobre 120 mg/L y el factor activador de tripsinógeno urinario también se correlacionan con la severidad, aunque es de mayor utilidad al 2 o 3 día.^{2,3,6,8,9,13} También el desarrollo de complicaciones locales como necrosis, absceso o pseudo quiste representar una pancreatitis severa. (escala de Baltasar basada en la tomografía axial

computarizada).^{2,3,5,10} Finalmente es necesario identificar aquellos pacientes con coledocolitiasis en quienes una intervención estaría claramente indicada.¹ El problema ha sido que si se somete a todos los pacientes con pancreatitis biliar a un manejo endoscópico o quirúrgico, la frecuencia del hallazgo de cálculos en la vía biliar principal puede ser solo de un tercio. Se harían entonces muchos exámenes u operaciones innecesarias.¹ La ecografía tiene solamente una sensibilidad de alrededor de 50% para el diagnóstico de coledocolitiasis aunque es altamente específica.^{3,6,10} Los exámenes de laboratorio tampoco nos dan una sensibilidad alta. En general se combinan tanto la clínica como el laboratorio y la ecografía para ubicar un paciente como de alta probabilidad de tener coledocolitiasis, (ecografía que muestra coledocolitiasis o dilatación de la vía biliar principal y laboratorio compatible con ictericia obstructiva y o signos y síntomas de colangitis).^{2,6} Estudios como el ultrasonido endoscópico y la colangiografía magnética tienen una mayor certeza en el diagnóstico de la coledocolitiasis. Estas han demostrado una alta sensibilidad y especificidad en el diagnóstico.^{1,2} La colangiografía tiene la ventaja de no ser invasiva.^{1,2,3,6} El problema es que en este momento no son exámenes que estén disponibles ampliamente, pero en un futuro pueden ocupar un lugar preponderante en el diagnóstico, indicando los pacientes que específicamente se beneficiarían de una CPRE y esfinterotomía. Basados en su valor predictivo negativo cercano al 100% permitiría identificar los pacientes que no se necesita intervenir.^{4,6,9} Con anterioridad

a la aparición de la CPRE la discusión se centraba en si se debiese hacer una cirugía temprana buscando eliminar los cálculos o si se esperaba a que pasara el cuadro agudo.^{1,2,7,8,10,13} Encontraron que entre mas temprano se interviniera, mayor era el numero de cálculos encontrados en la vía biliar o en la papila, con esto se desato gran discusión y se llevaron a cabo varios estudios de los cuales los mejores resultados se tuvieron con la cirugía temprana en los que se exploro la vía biliar por la papila abriendo el duodeno o mediante apertura de colédoco y drenaje por sonda en T. Esta discusión paso a un segundo plano con la aparición de la CPRE. Lo que si quedo establecido es que en los pacientes con colelitiasis y pancreatitis aguda, una vez resuelta la fase aguda, deben ir a colecistectomía durante la misma hospitalización para eliminar el origen de los cálculos y prevenir un segundo episodio.⁴ La primera serie de pancreatitis tratada con esfinterotomía fue informada por Classen, Safrany y Cotton.^{6,7,15} Viene entonces el estudio que marca un hito en la justificación de la CPRE en el manejo de pancreatitis aguda, es el estudio prospectivo realizado en del Reino Unido por Neptolemos que apareció en 1988, desde entonces han aparecido otros tres. El estudio de Neptolemos estudio 121 pacientes con pancreatitis biliar a recibir tratamiento conservador o CPRE en las primeras 72 horas de la admisión. Para clasificar la severidad utilizaron los criterios de Glasgow modificados, 3 o más criterios presentes representaban una pancreatitis severa. Se encontró coledocolitiasis en un 63% de los pacientes con pancreatitis severa en quienes se realizo CPRE temprana. Este estudio demostró que

la CPRE y esfinterotomía podían realizarse con seguridad en estos pacientes. El segundo hallazgo fue una disminución significativa de la morbilidad y duración de la hospitalización en pacientes con pancreatitis severa cuando se hacía un tratamiento temprano.^{6,7,11,14,15,18} El segundo estudio hecho en Hong Kong publicado en 1993, por Fan y cols. estudio 195 pacientes con pancreatitis aguda a manejo convencional o CPRE en las primeras 24 horas del ingreso. Utilizo como criterio para identificar la severidad una concentración de urea mayor de 45 mg/dl y una glucosa sérica mayor de 198 mg/dl. También demostró una disminución significativa en la morbilidad en pacientes con pancreatitis severa en quienes se realizo CPRE en forma temprana. Otro hallazgo en este estudio fue el desarrollo de sepsis biliar en 12 de 98 pacientes con manejo convencional, asociado a persistencia de cálculos en la vía biliar o impactados en la papila. Esto no ocurrió con ningún paciente tratado con CPRE tempranamente. Tanto este estudio como el del Reino Unido mostraron ventajas para los pacientes con pancreatitis leve en quienes se practico CPRE versus aquellos con manejo convencional.^{6,7,11,14,15,19} El tercer estudio, de Polonia, y publicado en forma de resumen en 1995 por Nowak A y cols., se incluyo 280 pacientes con pancreatitis biliar. Realizaron duodenoscopia en las primeras 24 horas del ingreso encontrando 75 pacientes con cálculos impactados en quienes realizaron papilotomía en forma inmediata. El resto de los pacientes fueron sometidos a manejo convencional o esfinterotomía. Se encontró también una disminución significativa en la morbilidad y mortalidad en los pacientes

con esfinterotomía, tanto en pacientes con pancreatitis leve como severa. El cuarto estudio multicéntrico de Alemania apareció publicado en 1997 por Folsch. Aquí se estudiaron 238 pacientes con pancreatitis aguda que no tenían signos de obstrucción biliar o colangitis, (bilirrubina mayor de 5 mg/dl y fiebre mayor de 39 grados) ya que los autores consideraron que para este grupo de pacientes había un claro beneficio de la CPRE. Los pacientes se sometieron CPRE temprana en menos de 72 horas del inicio de los síntomas o manejo conservador. Se utilizaron los criterios de Glasgow modificados para establecer la severidad. La morbilidad y mortalidad fueron similares en ambos grupos pero el grupo CPRE tuvo complicaciones más severas. En este último grupo hubo una mayor frecuencia de falla respiratoria. Este estudio concluye que pacientes sin obstrucción o sepsis biliar no se benefician de una CPRE temprana.^{6,7,11,15}

Se ha reportado un solo estudio con el procedimiento denominado “Rendez-vous” que consiste en drenaje de la vía biliar y colecistectomía laparoscópica en un solo tiempo disminuyendo así la morbi-mortalidad.⁴

Los pacientes con alto riesgo quirúrgico para una colecistectomía luego de pasar por un episodio de pancreatitis aguda son un grupo interesante. Se ha encontrado que pacientes que son sometidos a una esfinterotomía, así se deje su vesícula con cálculos, raramente presentan un nuevo episodio de pancreatitis. Esto sugiere que al eliminar el canal común por medio de la papilotomía, se evita esta complicación.^{9,11} Hasta 36% de los pacientes con pancreatitis aguda no tienen una etiología clara. En estos pacientes se han encontrado una incidencia de hasta el 74% de lodo biliar, una

suspensión de cristales de colesterol monohidratado o gránulos de bilirrubinato de calcio que se encuentra predominantemente en la vesícula biliar. Pacientes con estos hallazgos que son sometidos a colecistectomía o una esfinterotomía endoscópica tienen menos riesgo de una recurrencia.^{1,5,7,8} La incidencia varía según la población, con diferencias desde 10 a 20.2, hasta 150 – 420 casos por cada millón de habitantes.^{3,4} En las últimas dos décadas su incidencia ha aumentado considerablemente, incluso en algunos países en más de 30%.^{7,8} Aunque en los últimos años han aumentado los casos de pancreatitis aguda, su mortalidad y duración de días hospitalarios han disminuido. En México no se tienen datos estadísticos completos, pero se sabe que en 2001 fue la décimo séptima causa de mortalidad con una prevalencia de 3%.^{7,8} La pancreatitis aguda leve se presenta en 80% de los casos y la pancreatitis aguda severa en el 20% restante.⁹ La mortalidad asociada con necrosis pancreática varía cuando es estéril (19%) o está infectada (25%).^{9,10} Puede ocurrir pancreatitis, principalmente biliar, en 1 (termino Galeno). Classen (1842) precisó el anatomoclínico de las pancreatopatías agudas. Rokitsansky (1865) las clasificó en dos variantes: la hemorrágica y la supurada. Friedreich (1878) confirmó la influencia del alcohol en la pancreatitis y propuso el término “páncreas del alcohólico”. Prince (1882) fue el primero en describir en Medicina Interna de México volumen 25, número 4, julio – agosto 2009 la asociación entre cálculos biliares y pancreatitis aguda. En 1889, Reginald H. Fitz, patólogo de la Universidad de Harvard, publicó en Boston Medical and Surgical Journal la primera

descripción de la pancreatitis en lengua inglesa añadiendo a las formas hemorrágicas y supuradas de Rokitansky, la forma gangrenosa y la diseminación de la necrosis adiposa.¹² En diversas ocasiones se han reunido para crear un consenso internacional en pancreatitis: Marsella 1963, Cambridge 1983, Marsella 1984, Roma 1988, Atlanta 1992 y Tokio 2007.

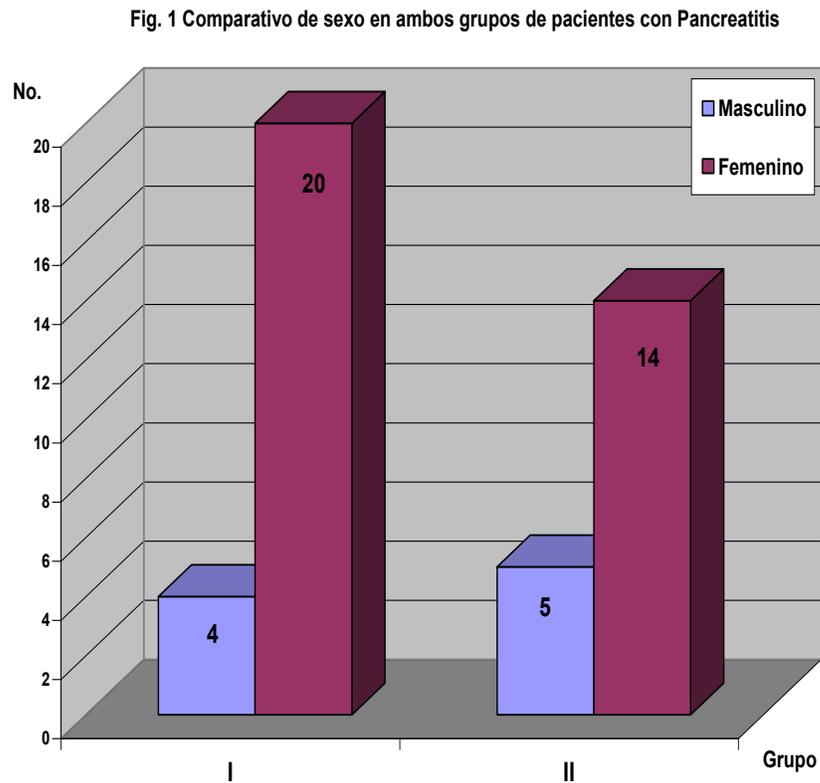
El objetivo de estudio es determinar los beneficios de la esfinterotomía temprana y colecistectomía laparoscópica en los pacientes con pancreatitis aguda leve biliar al ser comparados con el manejo conservador, es decir realizar o no CPRE tardía y posterior colecistectomía, al evaluar el dolor posoperatorio, días de estancia hospitalaria y complicaciones.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, comparativo, retrospectivo, transversal, a través del censo de expedientes clínicos de los pacientes atendidos en el servicio de Endoscopia en el Hospital General Villa en el periodo comprendido del 1º agosto 2010 al 31 julio del 2011; los cuales cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: diagnóstico de pancreatitis aguda leve de etiología biliar de acuerdo a los criterios de Ranson, de ambos sexos, de cualquier edad y sin comorbilidades; se eliminaron los expedientes incompletos. Las **variables dependientes** fueron: el *dolor posoperatorio*, las *complicaciones*, los *días de estancia intrahospitalaria* y los *hallazgos durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica*; la **variable independiente** fue: el *tratamiento realizado* (esfinterotomía temprana antes de las primeras 72 horas de su ingreso y colecistectomía laparoscópica en el mismo internamiento y el segundo esfinterotomía tardía y colecistectomía laparoscópica en el mismo internamiento) y de **control**: *edad* y *sexo*. Se elaboro un formato ex profeso para la captura de la información, para posteriormente elaborar la base de datos en Excel, se obtuvo pruebas estadísticas descriptivas: de **resumen**: porcentaje, **tendencia central**: media y **dispersión**: desviación estándar y rango, para demostrar diferencias estadísticas se calcularon las pruebas: *T de Student* y *chi cuadrada*; resultados en figuras y cuadros. Corresponde a una investigación *sin riesgo*.

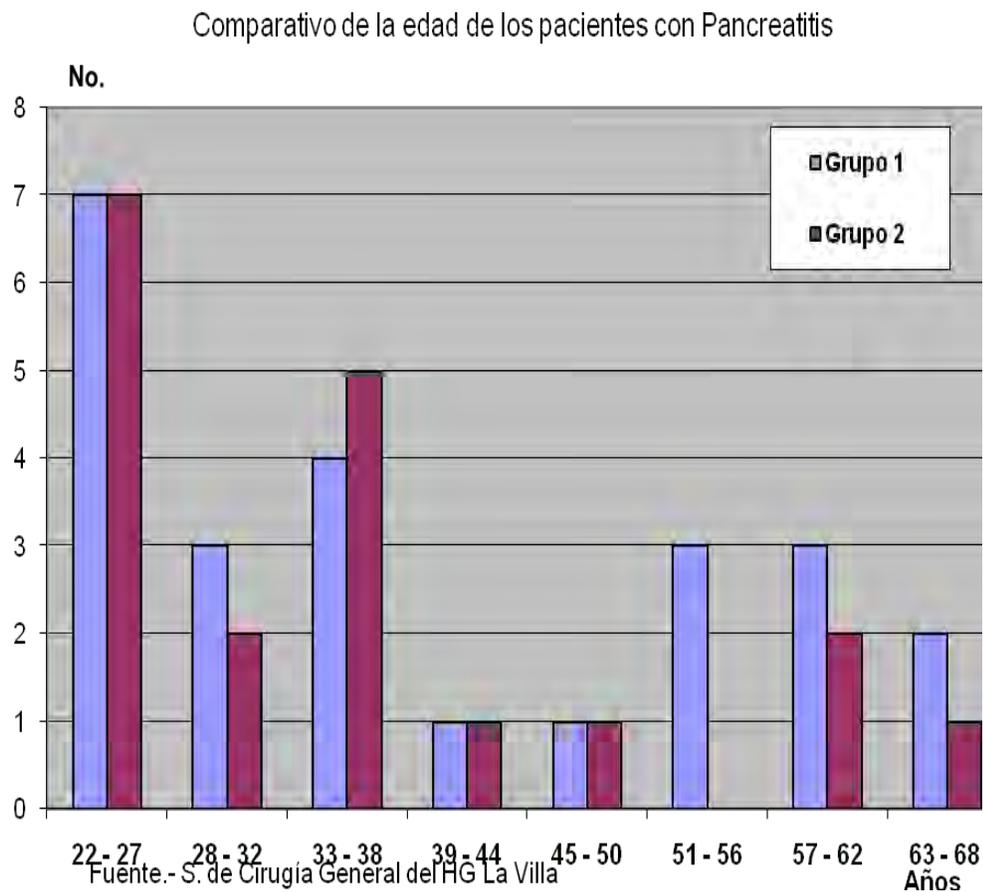
RESULTADOS

Se revisaron un total de 43 expedientes, integrados en dos grupos, 24 pertenecientes al grupo 1 (55.81%) y 19 (44.1%) al grupo 2. En ambos predominó el sexo femenino, con un 79.6% (34 pacientes) y el masculino con un 20.9% (9 pacientes) (fig. 1).



Fuente.- Archivo del S. de Endoscopia del Hospital General Villa- 2011.

El grupo más afectado fue el comprendido entre los 21 a 29 años para ambos grupos, obteniendo una media de edad del 39.83 ± 14.56 años para el grupo 1 y del 35.57 ± 13.39 años para el grupo 2, y un rango de 22 a 65. (figura 2).



En el grupo 1 se realizó esfinterotomía a todos los pacientes, reportándose vía biliar normal en la mitad y vía biliar dilatada en 12 pacientes (45.8%), se extrajeron litos en 10 de ellos (41.6%). (Fig 3).

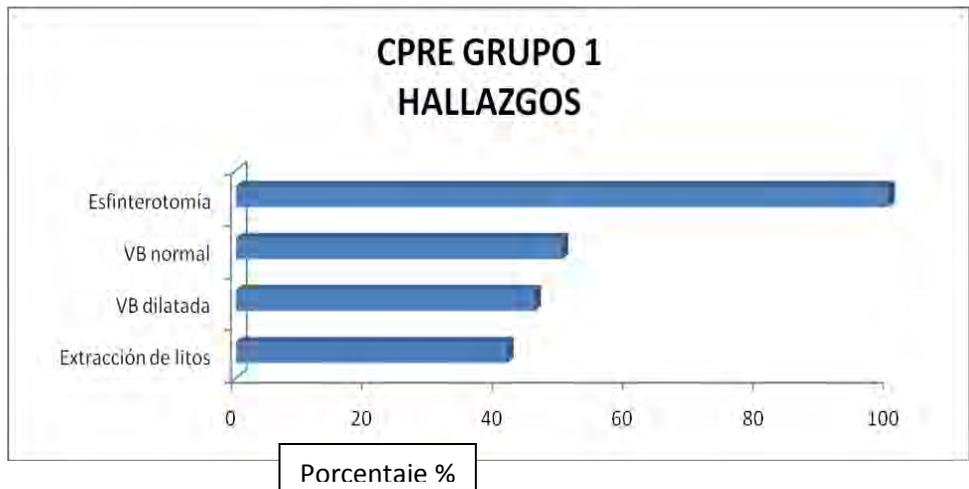


figura 3

En el grupo 2 se realizó esfinterotomía únicamente a 12 pacientes (63.1%) reportando vía biliar normal en 9 de ellos (47.3%), vía biliar dilatada en 3 (15.7%) y en todos ellos la extracción de litos. (Figura 4).

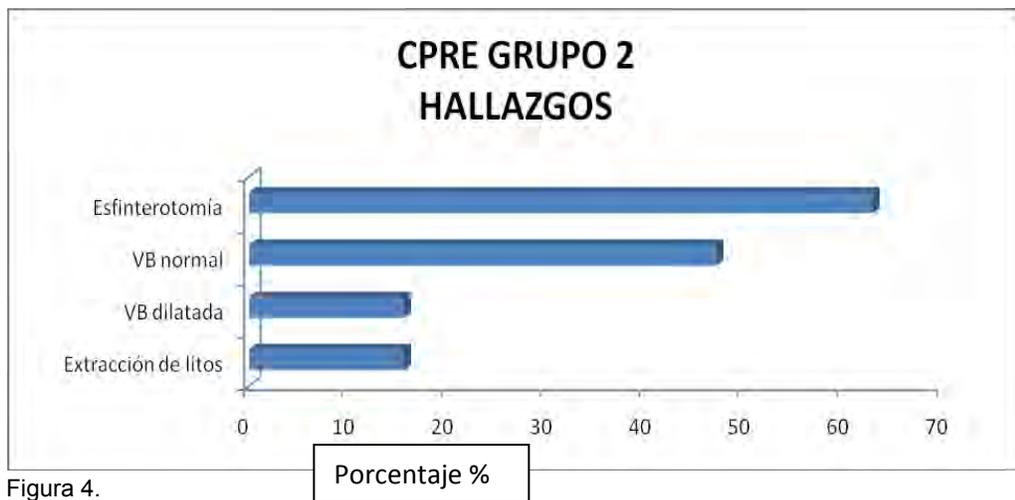
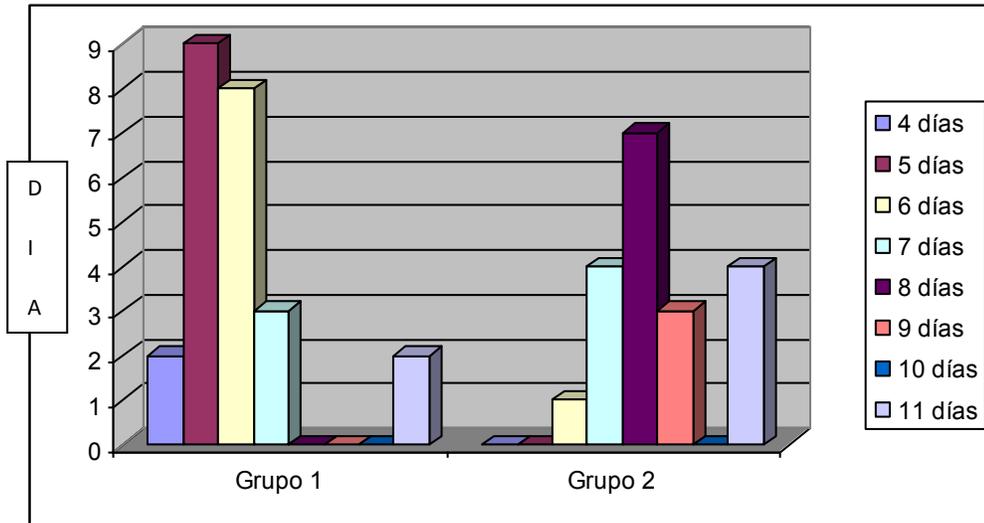


Figura 4.

La colecistectomía se realizó con mayor frecuencia en el quinto día en el grupo 1 y en el octavo día en el grupo 2. (Figura 5).

REALIZACION DE COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA
 Figura 5.



La estancia hospitalaria en el grupo 1 en su mayoría fue de 6 días (58.33%), media de 5.29 días, D.E. 0.95, rango de 3 a 6, en el grupo 2 de 9 días (63.25%), media de 8.05 días, D.E. 1.43, rango de 5 a 9 días.

De las complicaciones observadas para el grupo 1 solo un paciente (4.16%) presentó recurrencia de pancreatitis aguda leve. En el grupo 2 cinco pacientes (26.3%) presentaron complicaciones de tipo respiratorio y sangrado de tubo digestivo. (Figuras 6 y 7).



Figura 6.



Figura 7.

DISCUSION

Sabemos que la causa de la pancreatitis biliar es un cálculo que migra desde la vesícula y se impacta temporalmente en la papila causando obstrucción del conducto pancreático, como hemos visto en toda la literatura al respecto se ha propuesto que el tiempo que dure la obstrucción a nivel de la papila determina la severidad de la pancreatitis. Esto es controversial. El supuesto que haya tiempo crítico para desobstruir la papila y evitar que se progrese a una pancreatitis severa es la base para la intervención temprana en pancreatitis biliar. El diagnóstico de pancreatitis se hace generalmente cuando se presenta dolor característico acompañado por una elevación de al menos 3 veces el valor normal en la lipasa y cuatro veces el valor normal de la amilasa. El nivel de elevación de estas enzimas no se correlaciona con la severidad del proceso inflamatorio. El origen biliar se sospecha con el hallazgo de colelitiasis en la ecografía aumentando en aquellos con presencia de microlitiasis. La mayoría de los pacientes con pancreatitis biliar se recuperan rápidamente, pero algunos desarrollan una pancreatitis severa con una alta morbilidad y mortalidad, por eso es importante identificar estos pacientes desde un comienzo, lo que también permite identificar el grupo que más se beneficiara de una intervención temprana. En general se combinan tanto la clínica como el laboratorio y la ecografía para ubicar un paciente como de alta probabilidad de tener coledocolitiasis, (ecografía que muestra coledocolitiasis o dilatación de la vía biliar principal y laboratorio

compatible con ictericia obstructiva y o signos y síntomas de colangitis).^{2,5,6} Con anterioridad a la aparición de la CPRE la discusión se centraba en si se debiese hacer una cirugía temprana buscando eliminar los cálculos o si se esperaba a que pasara el cuadro agudo. Se encontró que entre más temprano se intervenía, mayor era el número de cálculos encontrados en la vía biliar o la papila. Hubo mucha discusión y se llevaron a cabo estudios con resultados encontrados. Los que mejor resultado tuvieron con la cirugía temprana fueron aquellos que exploraban la vía biliar por la papila abriendo el duodeno versus aquellos que lo hacían por el colédoco y drenaban por una sonda en T, en estos últimos los cálculos impactados en la papila podrían no ser tratados.^{5,6} Esta discusión paso a un segundo plano con la aparición de la CPRE. Lo que si quedo establecido es que en los pacientes con colelitiasis y pancreatitis aguda, una vez resuelta la fase aguda, deben someterse a colecistectomía durante la misma hospitalización para eliminar el origen de los cálculos y prevenir un segundo episodio.^{7, 9,16}

CONCLUSIONES

Dado los resultados estadísticos de nuestro estudio, podemos concluir que el género femenino es más afectado en ambos grupos y el grupo etario más afectado se encuentra entre los 20 a los 29 años.

La Colangiopancreatografía Endoscópica temprana se puede realizar sin riesgo en todos éstos pacientes, al realizar éste procedimiento, entre más temprano se este procedimiento endoscópico más se detecta coledocolitiasis.

La recurrencia de pancreatitis aguda fue mayor en el grupo de pacientes tratados mediante Colangiopancreatografía Endoscópica Temprana, al observar un paciente con recurrencia de un cuadro agudo.

Los días de estancia intrahospitalaria no demostraron tener diferencia significativa en ambos grupos, aun en los tratados con CPRE temprana.

No se detecto mortalidad.

En función de menor número de complicaciones y menor número de días de estancia intrahospitalaria, el tratamiento de la pancreatitis aguda leve asociada a patología biliar mediante esfinterotomía temprana y colecistectomía laparoscópica durante la misma hospitalización tiene mayores beneficios que el tratamiento conservador y la esfinterotomía tardía.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

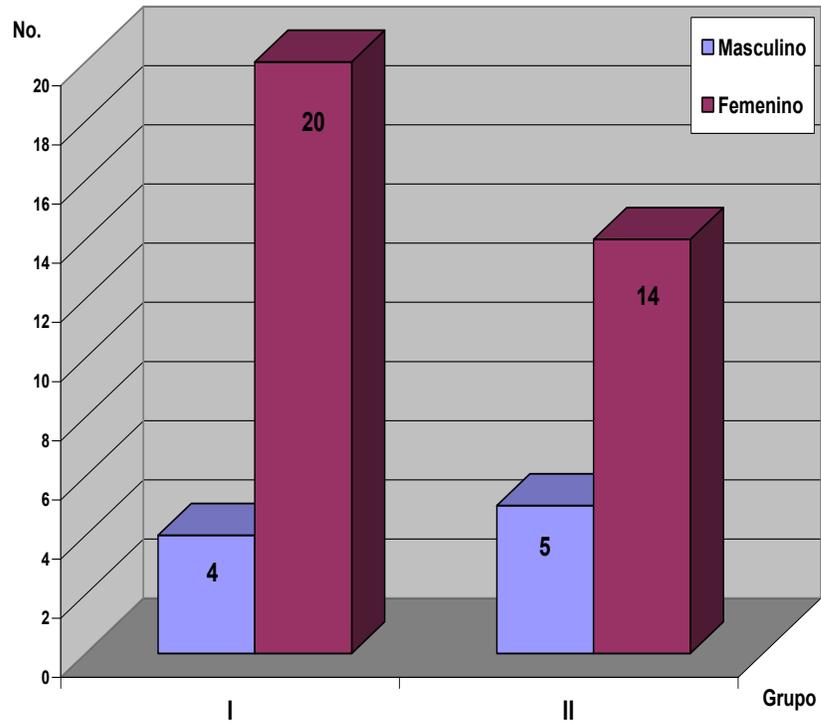
1. Maxim S P, Hjalmar CVS, Marc GH, Besselink MD y et. al. Early Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography Versus Conservative Management in Acute Biliary Pancreatitis Without Cholangitis A Meta-Analysis of Randomized Trials. **Ann Surg** 2008; 247: 250–257.
2. Barreda CL, Targarona MJ, Rodríguez AC. Protocolo para el manejo de la Pancreatitis Aguda grave con necrosis. **Rev Gast Perú** 2005; 25: 168-175.
3. Beltrán C, Sultan B, Beagini L y cols. Consenso Nacional: diagnostico y tratamiento de la pancreatitis aguda. **Soc Chil Infect** 1998: 1-25.
4. La Greca G, Di Blasi M, Barbagallo F y cols. Acute biliary pancreatitis and cholecystolithiasis in a child: One time treatment with laparoendoscopic “Rendez-vous” procedure. **World J Gastroenterol** 2006; 12(11): 1782-1785.
5. Baron Todd H. Past, present and future of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: Perspectives on the National Institutes of Health Consensus Conference. **Mayo Clin Proc** 2002;77:407- 412.
6. Scott Tenner. Initial Management of acute pancreatitis: critical Issues during de first 72 hours. **Am J Gastroenterol**. 2004;1999: 2489 -2494.
7. Acosta JM, Katkhouda N, Debian KA y cols. Early Ductal Decompression Versus Conservative Management for Gallstone Pancreatitis With Ampullary Obstruction A Prospective Randomized Clinical Trial. **Annals Surg** 2006; 243:33-40.

8. Behrns KE, Ashley SW, Hunter JG y cols. Early ERCP for Gallstone Pancreatitis: For Whom and When? **J Gastrointest Surg** (2008) 12:629–633.
9. Carroll JK, Herrick B, Gipson T y cols. Acute pancreatitis: diagnosis, prognosis, and treatment. **Am Fam Phys** 2007; 75(10):1510-1520.
10. Díaz M, Mitzi T, García D y cols. Diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda grave (PAG). **Rev Asoc Méx Med Crit Terap Ints** 2003; 3(17): 104-110.
11. De la Mora Levy José Guillermo. El papel de la endoscopia en pancreatitis aguda. **Cir Gen** 2003;25: 137-142.
12. Himal HS. Preoperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is not necessary in mild gallstone pancreatitis. **Surg Endosc** 1999; 13: 782–783.
13. Nathens AB, Curtis JR, Beale RJ y cols. Management of the critically ill patient with severe acute pancreatitis. **Crit Care Med** 2004; 12(32): 2524-2536.
14. Oría A, Cimmino D, Ocampo C y cols. Early Endoscopic Intervention Versus Early Conservative Management in Patients With Acute Gallstone Pancreatitis and Biliopancreatic Obstruction A Randomized Clinical Trial. **Annals Surg** 2007; 245:10-17.
15. Fölsch UR, Nitsche R, Lüdtkke R y cols. Early ERCP and papillotomy compared with conservative treatment for acute biliary pancreatitis. **New Engl J Med** 1997; 4(336): 237-242.

16. Opie EL. The etiology of acute hemorrhagic pancreatitis. **Bull Johns Hopkins Hosp** 1901;12:182–188.
17. Acosta JM, Ledesma CL. Gallstone migration as a cause of acute pancreatitis. **New Engl J Med** 1974; 290:484 –487.
18. Neoptolemos, Carr-Locke, London y cols. Controlled trial of urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy versus conservative treatment for acute pancreatitis due to gallstones. **Lancet** 1988;2:979 –983.
19. Fan S-T, Lai ECS, Mok FPT y cols. Early treatment of acute biliary pancreatitis by endoscopic papillotomy. **New Engl J Med** 1993;328:228 – 232.

ANEXOS

Fig. 1 Comparativo de sexo en ambos grupos de pacientes con Pancreatitis



Fuente.- Archivo del S. de Endoscopia del Hospital General Villa- 2011.

Comparativo de la edad de los pacientes con Pancreatitis

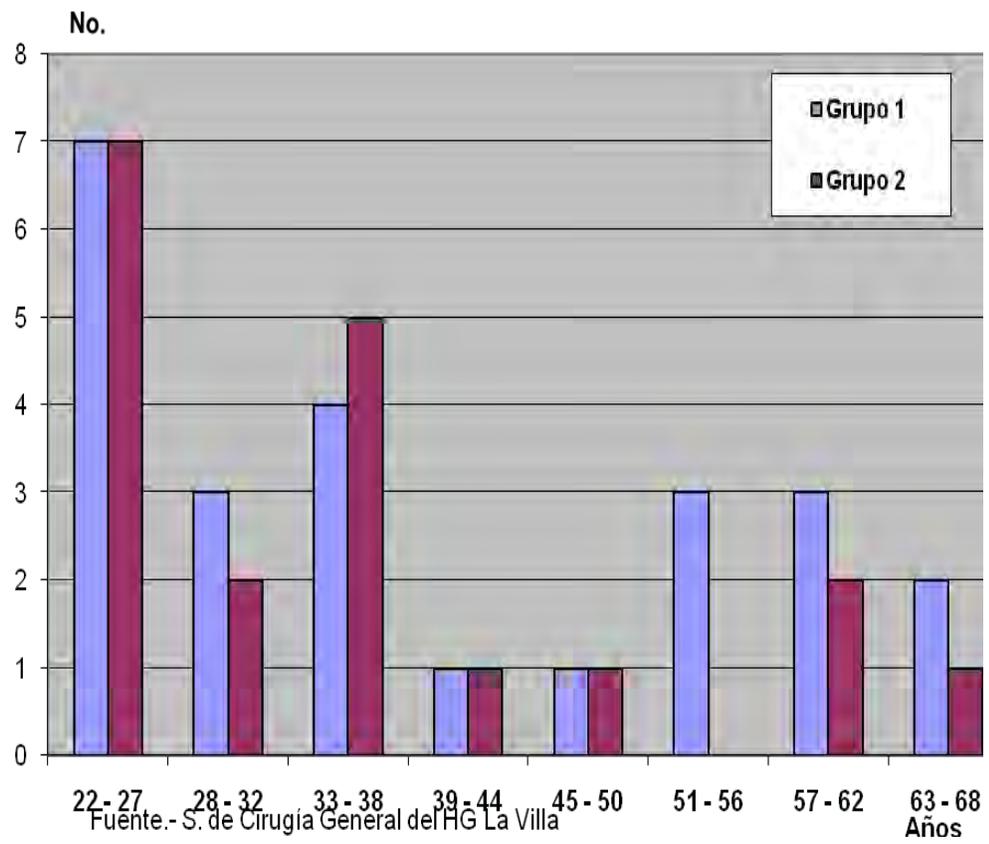


Figura 2.

HALLAZGOS EN COLANGIOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA



Figura 3

HALLAZGOS EN COLANGIOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA

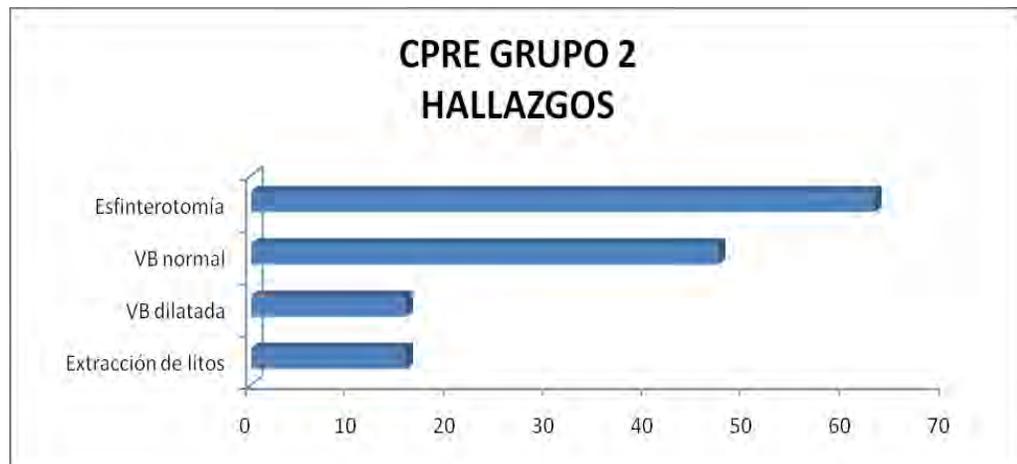


Figura 4.

REALIZACION DE COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA

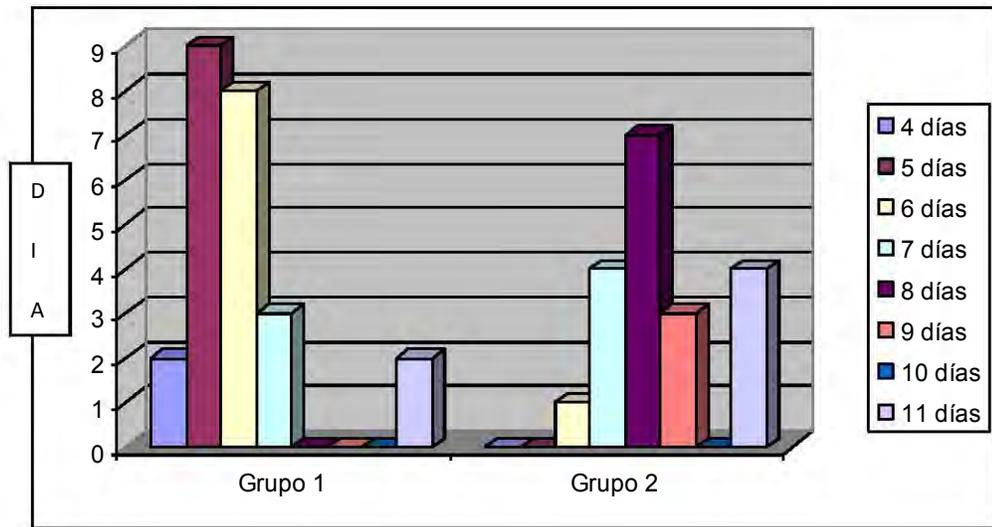


Figura 5.

COMPLICACIONES POSQUIRURGICAS EN AMBOS GRUPOS

GRUPO 1



figura 5

GRUPO 2



Figura 6.