

11224  
Tes.  
27

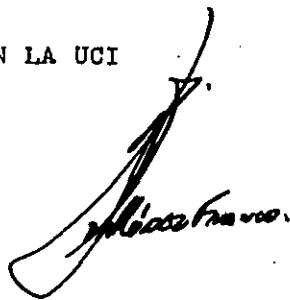
Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos"

IMPRESA  
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
1988

I S S S T E

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LA PANCREATITIS  
AGUDA Y SUS COMPLICACIONES EN LA UCI

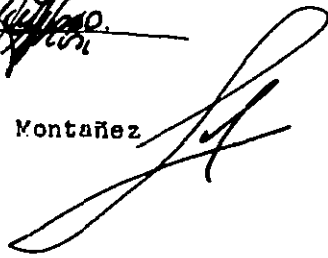
Autor: Dr. Fernando Cerón Rodríguez



Asesor: Dr. Othón Gayosso Cruz



Titular del Curso: Dr. Edmundo León Montañez



Febrero de 1988

TESIS CON  
FALTA DE PAGOS



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.

## SUMMARY

Twelve patients with acute pancreatitis and its complications were managed in ICU in prospective form. It -- was found that the most common ethiology was the biliary that was present in 50% of the cases, fallowed by the post alcoholic and the post traumatic present in 25% of the cases respectively. Only one patient was managed in a conservative manner with peritoneal lavage, and the other eleven werw managed surgically at first instance, having to be reo-- perated up to two or four times because of complications -- with the acute pancreatitis, being the most frequent abdo-- minal sepsis.

The most elevated mortality was presented in the patients with post traumatic and post alcoholic pancreatitis.

It is thought that the mortality can be reduced by identi-- fying the patients with a higher risk of presenting compli-- cations, like those that present severe pancreatitis.

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LA PANCREATITIS AGUDA  
Y SUS COMPLICACIONES EN LA UCI DEL H. R. LIC. ADOLFO LO-  
PEZ MATEOS DEL ISSSTE.

La pancreatitis aguda comprende una variedad de presentaciones clínicas que se presentan como consecuencia de alteraciones anatomopatológicas que varían desde el edema hasta la necrosis. Es un padecimiento frecuente con un porcentaje variable de los casos que ingresan por dolor abdominal agudo a los servicios de urgencias.

Apesar de la gran cantidad de investigaciones clínicas y experimentales tendientes a precisar la fisiopatología, existe una gran confusión en este tema y frecuentemente resulta imposible identificar la patogénesis de la enfermedad en el paciente individualmente considerado. Por otra parte la literatura coincide en que al rededor de un 80% de los casos son debido a la asociación de litiasis biliar y alcoholismo aunque se han identificado más de 60 factores causales de pancreatitis.

El cuadro clínico puede ser muy variable; desde los pacientes con síntomas mínimos que remiten espontáneamente hasta aquellos con un curso fulminante que los conduce rápidamente a la muerte a pesar del tratamiento. La determinación de amilasa sérica es el estudio de laboratorio más importante para apoyar el diagnóstico; ya que la determi-

nación de Lipasa es más específica pero más difícil de practicarse. Las radiografías de tórax y abdomen, que deben tomarse rutinariamente muestran datos variable.

Otros estudios como la Colangiografía y la Serie Esofago-gastrointestinal tienen utilidad limitada. La Ultrasonografía y la TAC de abdomen son de gran valor para el diagnóstico.

Una vez establecido el diagnóstico de pancreatitis aguda debe efectuarse una evaluación del pronóstico y en este sentido una de las clasificaciones más aceptadas mundialmente es la propuesta por el Dr. Ranson, consistente en la determinación de 11 parámetros de manera que se considera a las pancreatitis moderadas cuando tienen menos de tres parámetros positivos y como severas cuando tienen tres o más.

El tratamiento médico convencional de la pancreatitis es efectivo en la mayoría de los pacientes; sin embargo algunos requieren, irremediablemente, tratamiento quirúrgico.

En la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE fueron manejados un total de 12 pacientes desde el primero de Marzo de 1986 hasta el 30 de Septiembre de 1987, por lo que consideramos importante realizar este trabajo para evaluar en forma prospectiva las características clínicas, evolución y tipo de complicaciones que se presentaron, así como la utilización

de alimentación parenteral total, Apoyo Ventilatorio y monitoreo Hemodinámico.

#### MATERIAL Y METODO

Para fines del presente trabajo, se estudiaron en forma prospectiva los pacientes que fueron manejados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE con el diagnóstico de Pancreatitis aguda y sus complicaciones del primero de Marzo de 1986 a el 30 de Septiembre de 1987.

Se incluyeron 12 pacientes que fueron manejados en la UCI con el diagnóstico de Pancreatitis aguda. Todos los pacientes fueron vistos por primera vez en el servicio de Urgencias Adultos, de los cuales 11 fueron valorados por el Servicio de Cirugía General el cual hizo el diagnóstico decidiendo su tratamiento quirúrgico y solo uno fué valorado por el servicio de la UCI decidiendo manejarlo en forma médica.

Se excluyeron de este trabajo los pacientes con pancreatitis aguda que fueron manejados en los servicios de Medicina Interna y Cirugía del hospital.

En este trabajo no se incluyó para su valoración los parámetros de Ranson, ya que de los 12 pacientes, 11 fueron vistos y manejados de primera intención por lo menos por 2

servicios (U/A y Cirugía) antes que nosotros.

En cada uno de los pacientes se recabaron los siguientes datos: sexo, edad, antecedentes que dieron origen a la patología estudiada.

Se clasificó a los pacientes con pancreatitis aguda según la etiología considerando esta como biliar cuando se corroboró la presencia de cálculos biliares en el pre o transoperatorio o cuando se encontró patología de las vías biliares sin cálculos pero sin antecedentes de alcoholismo. Se consideró que la etiología era alcohólica cuando existía ausencia de patología biliar y por antecedentes de estilismo.

Las lesiones pancreáticas encontradas en el transoperatorio se clasificaron como pancreatitis edematosa, pancreatitis hemorrágica o necrotizante y abscesos.

Se registraron así mismo las complicaciones postoperatorias en todos los casos y las reintervenciones quirúrgicas.

También se registro cuantos de los pacientes requirieron Alimentación parenteral total, Apoyo ventilatorio y monitoreo Hemodinámico.

En todos los pacientes se registró el tiempo de hospitalización.

## RESULTADOS

De los 12 pacientes manejados en la Unidad de Cuidados Intensivos por pancreatitis aguda y sus complicaciones, el promedio de edad fué de 48 años, la edad mínima fué de 24 años y la máxima fué de 72 años.

8 pacientes fueron del sexo masculino y 4 del sexo femenino, con una relación M:F 2:1.

Los antecedentes más frecuentes fueron enfermedad Biliar 6 (50%), Alcoholismo 3 (25%) y Trauma Abdominal 3 (25%). (gráfica No. 1)

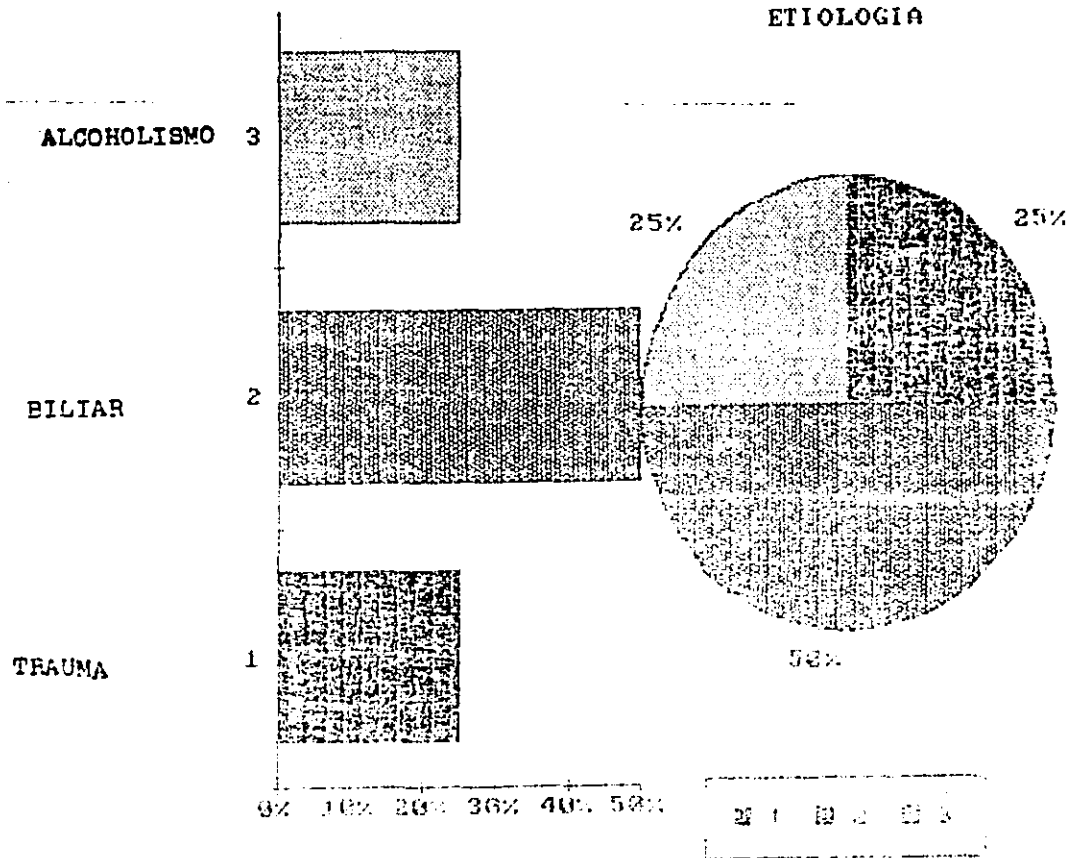
Globalmente 11 (91.6%) de los pacientes tuvieron pancreatitis severa y solo 1 (8.3%) pancreatitis moderada, (en base a los hallazgos quirúrgicos).

En la exploración quirúrgica se encontro que 7 pacientes (58.3%) presentaron pancreatitis de tipo necroticohemorrágica y 4 pacientes (33.3%) pancreatitis edematosa.

En la primera intervención se practicaron las siguientes cirugías: Procedimiento de Lawson en 8 (en los 6 de pancreatitis biliar y en 2 de las pancreatitis alcoholica); en los 3 pacientes de trauma abdominal que dió origen a pancreatitis, en el primero se practico Esplenectomia, Lobectomia Hepática izquierda y pancreatectomia distal (cola de páncreas), en el segundo paciente se practico cierre de per



GRAFICA No. 1



foración de cuerpo de estómago, Nefrectomía izquierda y --  
Esplenectomía. En el tercer caso de pancreatitis posttrau--  
mática se trató de un trauma cerrado de abdomen, y que a  
los 8 días se operó con el diagnóstico de pancreatitis.

(tabla No. 1)

Solo uno de los 12 pacientes no fué operado y se mane-  
jó con lavado peritoneal con el diagnóstico de pancreatitis  
postetífica.

De los 12 pacientes 9 (75%) requirieron de apoyo ven-  
tilatorio por tiempo variable.

El 91.6% de los pacientes (11) se manejaron con alimen-  
tación parenteral total en todo el tiempo de estancia en -  
la UCI.

Solo el 50% (6) se le pudo monitorizar Hemodinámica-  
mente con cateter de flotación. (gráfica No. 2)

En total se practicaron 31 cirugías con los siguién--  
tes procedimientos: Colecistectomía 7, Drenaje de absceso  
11, Esplenectomía 2, Hemicolectomía 2, Gastrostomías 8,  
Ileostomías 1, Drenaje de absceso subfrénico 1, Nefrecto-  
mía 2, Lobectomía hepática 1, Pancreatetectomía distal (co-  
la de páncreas) 2, Yeyunostomía para alimentación 8, To--  
racotomía con ventana pericárdica 1. (tabla No. 2)

Entre las complicaciones graves postoperatorias más  
frecuentes se observó absceso pancreático en 11, Necrosis

TABLA No. 1

CIRUGIAS	No. CASOS
PROCEDIMIENTO DE LAWSON	8
ESPLENECTOMIA	2
LOBECTOMIA HEPATICA IZQUIERDA	1
PANCREATECTOMIA DISTAL	1
NEFRECTOMIA IZQUIERDA	1
CIERRE DE PERFORACION DE ESTOMAGO	1

GRAFICA No. 2

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

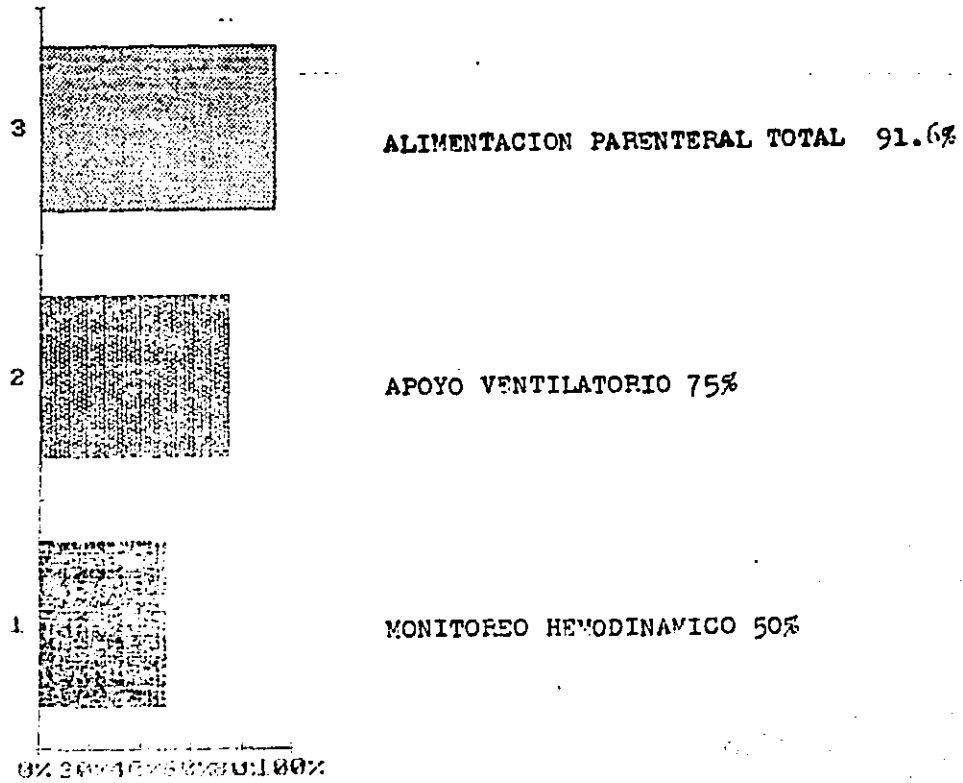


TABLA No. 2

OPERACIONES	31
DRENAJE DE ABSCESO PANCREATICO	11
YEYUNOSTOMIA PARA ALIMENTACION	2
GASTROSTOMIA	8
COLECISTECTOMIA	7
ESPLENECTOMIA	2
HEMICOLECTOMIA	2
PANCREATECTOMIA DISTAL	2
NEFRECTOMIA	2
DRENAJE DE ABSCESO SUBFRENICO	1
LOBECTOMIA HEPATICA	1
VENTANA PERICARDICA	1
PROCEDIMIENTOS	45

de mesocólon transverso 2, Absceso subfrénico 1, Absceso -- retroperitoneal 2, Fístula de colon 3, Fuga de gastrostomía 2, Desgarro de colédoco 1 y Evisceración en 4. (tabla No. 3)

Las complicaciones no quirúrgicas más frecuentes -- fueron: Choque séptico 7, SIRPA 4, STDA 4, Falla orgánica múltiple 5, Insuficiencia Renal 3, Derrame pleural 2, CID 1.

Los días de estancia fueron de 8 a 75 días con un promedio de 41 días.

Fallecieron 7 pacientes (58.3%), 3 de pancreatitis biliar, 2 de pancreatitis alcohólica y 2 de pancreatitis post traumática. (tabla No. 4)

El porcentaje de reintervención en los pacientes con pancreatitis Necroticohemorrágica reportado en la literatura es del 45%; en nuestro estudio la reintervención se practicó en el 100% de los casos.

La mortalidad de los abscesos pancreáticos en la literatura mundial es del 50 al 68%; en nuestra experiencia fue del 63% (7 de 11 pacientes).

La principal causa de muerte fue la sépsis, que se presentó en el 90.9% de los casos (6 de 7 pacientes).

La etiología más frecuente en nuestra experiencia fue

TABLA No. 3

COMPLICACIONES	26
ABSCESO PANCREATICO	111
EVISCERACION	4
FISTULA DE COLON	3
NECROSIS DE COLON TRANSVERSO	2
FUGA DE GASTROSTOMIA	2
ABSCESO RETROPERITONEAL	2
ABSCESO SUBFRENICO	1
DESGARRO DE COLEDOCO	1

TABLA No. 4

ETIOLOGIA	No. DE CASOS	DEFUNCION %	
BILIAR	6	3	50
ETILICA	3	2	66.6
TRAUMATICA	3	2	66.6
TOTAL	12	7	58.3



la biliar, que se presentó en el 50% de los casos (6 pacientes), seguido de la etilica en el 25% (3 pacientes) y por trauma también el 25% (3 pacientes).

La pancreatitis postraumática en nuestro medio se presentó en el 25% de los casos, reportándose en la literatura que la pancreatitis aguda postrumática ocupa del 1 al 3%.

#### CONCLUSIONES

La mortalidad elevada por pancreatitis complicada con infección bacteriana, solo podrá reducirse al identificar a los pacientes que presentan un riesgo notable de infección secundaria, en especial a los que padezcan pancreatitis grave y los que hayan sido operados en forma temprana con drenaje quirúrgico por pancreatitis grave.

La pancreatitis aguda solo se debe operar bajo las siguientes condiciones: a) cuando ha cedido el evento agudo en las pancreatitis de origen biliar, b) cuando el paciente presenta dificultad en su control para mantenerlo metabólica y hemodinámicamente estable y c) cuando presenta problemas abdominales que condicionan abdomen agudo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Camar SJ, Tan, Warren RW, et al: PANCREATIS ABSCESS  
A CRITICAL ANALYSIS OF 113 CASES. Am. J Surg 129: 426,  
1975.
- 2.- Glazer G: HEMORRHAGIC AND NECROTIZANTIZING PANCREATITIS  
Br J. Surg 63: 169, 1975.
- 3.- Halden JL, Berner TV, Rosoff Sr: PANCREATIC ABSCECCES  
FALOWING ACUTE PANCREATITIS. Arch. Surg III: 858, 1976.
- 4.- Ranson JHC, Spencer FC: THE ROLE OF PERITONEAL LAVAGE  
IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS. Ann Surg 187: 565, 1978.
- 5.- Ranson JHC, Spencer FC. PREVENTION DIAGNOSIS AND TRATMEN  
OF PANCREATICS ABSCESS Surg 82:99 1977.
- 6.- Gracer SG STATE SEPTIC COMPLICATIONS OF PANCREATITIS  
Br. J Surg 63:229, 1976.
- 7.- A. David Mayerand Michel J.M. THA DIAGNOSTIC AND PROG-  
NOSTIC VALUE OF PERITONEAL LAVAGE IN PATIENTS WITH ACU-  
TE PANCREATITIS. Surgery Gynecology Obstetrics Vol 160  
June 1985 pgs 507-511.
- 8.- L. H. Nordback and O. A. Auvinen. LONG-TERM RESULTAS  
AFTER PANCR<sup>T</sup>AS Br. J. Surg. vol 72 No. 9 Sep. 1985 pg  
687-689.
- 9.- M.C. Aldridge M. Ornstein, G Glazer and H.A.F Dubley.  
PANCREATIC RESECTION FOR SEVERE ACUTE PANCREATITIS  
Br. J. Surg vol 72 Oct 1985 pg 796-800.
- 10.- Celio Nogueira and R. Dani Gerais B. EVALUATION OF THE

SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC CALCIFYING PANCREATITIS.

Gynecology y Obstetrics. Augst 1985 vol 161 pg 117-128

- 11.- James W. Wadw. TWENTY-FIVE YEARS EXPERIENCE WITH PANCREATIC-CYSTE. ARE WE MAKING PROGRESS. The American J. of Surgery. vol 149 Jun 1985 pg 705-708.
- 12.- Ellen B. Gold. Leon Bordi, Marie D. Diener, Raymond S. DIET AND OTHER RISK FACTORS FOR CANCER OF THE PANCREAS Cancer vol 55 1985 Jan. pg 460-467.
- 13.- John H. C. Ranson, M.D THE TIMING OF BILIARY SURGERY IN ACUTE PANCREATITIS. Ann. Surg May 1979 pg 654-663.
- 14.- I. Ihse, M.D, A. Evander M.D and J. T. Holberg M.D. INFLUENCE OF PERITONEAL LAVAGE ON OBJETIVE PROGNOSTIC SIGNS IN ACUTE PANCREATITIS. Ann. Surg Augt 1986 122-26
- 15.- Kevin Beshlian M.D, John A. Ryan Jr. M.D. PANCREATITIS IN TEENAGER The American J. Surg vol 152, July 1986 pg 133-138.
- 16.- Nelly Rotman MD, Francis Bonnet MD, Dominique Larder MD and Pierre-Loui Fagniez MD. COMPUTERIZED TOMOGRAPHY IN THE EVALUATION OF THE LATE COMPLICATIONS OF ACUTE PANCREATITIS. The American J. Surg Vol 152 Sept 1986 pg 286-288.
- 17.- Aksel G. Nordestgaard MD, Samuel E. Wilson MD, Russell A. Williams MD. EARLY COMPUTERIZED TOMOGRAPHY AS A PREDICTOR OF OUTCOME IN ACUTE PANCREATITIS. The American J Surg vol 152 July 1986.
- 18.- Karen S. Guice MD, Donald E. Miller BA, Keith T. Oldham MD, Courtney M. Townsend Jr. MD and James C. Thompson MD. SUPEROXIDE DISMUTASE AND CATALASA: A POSSIBLE

ROLE IN ESTABLISHED PANCREATITIS. The American J Surg  
vol 151 January 1986.

- 19.- Kalman Edelman and Jorge E. Valenzuela EFFECT OF IN-  
TRAVENOUS LIPID ON HUMAN PANCREATIC SECRETION. Gas--  
troenterology 1983;85:1063-6.
- 20.- Gary J. Frei MD, Victoria T. Frei MS, Richard C. Thi-  
rlby MD and Robert N. McClelland MD. BILIARY PANCREA-  
TITIS; CLINICAL PRESENTATION AND SURGICAL MANAGMENT  
The American J Surg vol 151 January 1986.
- 21.- John P. Grant MD, Susan James MD, Virginia Grabowski  
RN, and Katherine M. Trexler R Ph. TOTAL PARTNTERAL  
NUTRITION IN PANCREATIC DISEASE. Ann. Surg November  
1984 pg 627-631.
- 22.- J. H. F. Shaw and R. R. Wolf. GLUCOSE, FATTY ACID, AND  
UREA KINETICS IN PATIENTS WITH SEVERE PANCREATITIS.  
Ann Surg December 1986 pg 665-672.
- 23.- John H.C. Ranson, BM, BCh. SURGICAL TREATMENT OF A-  
CUTE OANCREATITIS. Digestive Diseases and Sciences  
vol 25 No. 6 June 1980 pg 453-457.
- 24.- A. David Mayer, J. Michael, J. McMahon, Andrew P. Co-  
rfield, Martin J. Cooper, Robin C.N., Williamson, M.  
Chir, Alan P. Dickson, Michael G. Shearer and Clement  
W. Imrie. CONTROLLED CLINICAL TRAIL OF PERITONEAL LA-  
VAGE FOR THE TRATMEN OF SEVERE ACUTE PANCREATITIS.  
The New England Journal of Medicine vol 312 No. 7

- 25.- Janice Park BS, John Fromkes MD and Marc Cooperman MD. ACUTE PANCREATITIS IN ELDERLY PATIENTS. The American J Surg vol 152 December 1986.
- 26.- Ranson JHC, Rifkind KM, Turner JW et al. PROGNOSTIC SIGNS AND NONOPERATIVE PERITONEAL LAVAGE IN ACUTE PANCREATITIS. Surg Gynecol Obstet 1976;143:209-19.
- 27.- Blatney SL, Imrie CW, O'Neill J, et al. PROGNOSTIC FACTORS IN ACUTE PANCREATITIS. Gut 1984;25:1340-6.