

11209

2 ej 51



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**  
División de Estudios de Postgrado  
**Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez"**  
**I. S. S. S. T. E.**

**TIEMPO DE CIRUGIA PARA LA  
PANCREATITIS AGUDA BILIAR**

**TESIS DE POSGRADO**  
que para obtener el título de Especialista en  
**CIRUGIA GENERAL**  
presenta

**DR. JOSE LUIS GARCIA SANCHEZ**



**ISSSTE**

Asesor de tesis: Dr. Felipe Huerta López



MEXICO, D. F.

1988



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

INTRODUCCION	1
PROBLEMA	4
HIPOTESIS	4
OBJETIVOS	5
JUSTIFICACION	6
MATERIAL Y METODOS	6
RESULTADOS	8
TABLAS	11
FIGURAS	17
MORTALIDAD	20
DISCUSION	22
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFIA	28

## INTRODUCCION

LA PANCREATITIS AGUDA SE HA DEFINIDO COMO UNA INFLAMACION PANCREÁTICA, QUE PUEDE SER SEGUIDA DE RESTABLECIMIENTO CLÍNICO Y BIOLÓGICO SI SE QUITA LA CAUSA PRIMARIA<sup>(13)</sup>.

EN MUCHOS CASOS, LA PANCREATITIS AGUDA ESTÁ ASOCIADA A LA PRESENCIA DE LITIASIS BILIAR. SIN EMBARGO, LOS DETALLES COMPLETOS DE ESTA ENTIDAD AUN NO SON CONOCIDOS<sup>(5)</sup>.

EL PASO DE LITOS BILIARES A TRAVÉS DEL ÁMPULA DE VÁTER PUEDE ESTAR ASOCIADO AL DESARROLLO DE ICTERICIA CLÍNICA, YA QUE LA BÚSQUEDA EN LAS HECEs DE PACIENTES EN RECUPERACIÓN DE PANCREATITIS AGUDA HA REVELADO LITOS BILIARES EN EL 85 A 94%<sup>(6)</sup>. MÁS LITOS IMPACTADOS EN EL ÁMPULA DE VÁTER SE HAN ENCONTRADO EN PACIENTES OPERADOS EN LAS 48 HORAS DE INSTALADOS LOS SÍNTOMAS DE PANCREATITIS QUE EN PACIENTES OPERADOS DESPUÉS DE 4 O MÁS DÍAS<sup>(5)</sup>. OTROS INVESTIGADORES HAN FIJADO SU ATENCIÓN EN LA RELATIVA ALTA INCIDENCIA DE REFLUJO BILIAR<sup>(6)</sup> Y LA ACTIVACIÓN DE ENZIMAS PROTEOLÍTICAS POR BACTERIAS EN TALES CASOS<sup>(3)</sup>.

ESTÁ BIEN ESTABLECIDO QUE LA ELIMINACIÓN DE LA PATOLOGÍA BILIAR REDUCIRÁ LA POSIBLE RECURRENCIA DE UN 75% A MENOS DEL

10%<sup>(1.5.13)</sup>. DE AQUÍ QUE LA CIRUGÍA BILIAR CORRECTORA ESTÉ INDICADA PARA CADA PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA BILIAR<sup>(1.5.13)</sup>.

EL TIEMPO DE LA OPERACIÓN DEJA RESULTADOS CONTROVERSIALES, SIN EMBARGO, ALGUNOS AUTORES PREFIEREN LA CIRUGÍA TEMPRANA EN LA FASE AGUDA EN UN INTENTO PARA PREVENIR EL DESARROLLO DE NECROSIS PANCREÁTICA<sup>(1.6.7.8.11)</sup>.

SIN EMBARGO, OTROS AUTORES ABOGAN POR UN MANEJO CONSERVADOR - INICIAL SEGUIDO DE CIRUGÍA ELECTIVA, POR LA ALTA MORTALIDAD REPORTADA DESPUÉS DE LA OPERACIÓN TEMPRANA<sup>(2.10.13.16)</sup>.

UNO DE LOS PROBLEMAS EN INTERPRETAR LOS REPORTES SOBRE PANCREATITIS AGUDA ES LA VARIACIÓN OBSERVADA EN LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD<sup>(5)</sup>.

CERCA DEL 80% DE LOS PACIENTES SUFREN DE PANCREATITIS EDEMATOSA, SIN EMBARGO, EL 20% RESTANTE ESTÁ SEVERAMENTE ENFERMO CON UNA PANCREATITIS NECRÓTICA HEMORRÁGICA AGUDA, LA CUAL TIENE UN PRONÓSTICO GRAVE CON UNA ALTA MORTALIDAD<sup>(2.3.10.15)</sup>.

UNA DIFERENCIACIÓN CONFIABLE ENTRE ESTOS DOS GRUPOS ES INDISPENSABLE PARA LA EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DEL TRATAMIENTO. -

AUNQUE LA EVALUACIÓN DE NECROSIS PANCREÁTICA PUEDE SER DIFÍCIL AÚN EN LA LAPOROTOMÍA, RANSON<sup>(10)</sup> HA DESCRITO 11 SIGNOS PRONÓSTICOS, 5 OBSERVABLES EN LA ADMISIÓN Y 6 OBSERVABLES EN LAS SIGUIENTES 48 HORAS, QUE APARENTEMENTE ESTÁN RELACIONADOS CON LOS RESULTADOS EN LA PANCREATITIS AGUDA. ES INCIERTO SI ESTOS SIGNOS PRONÓSTICOS SON ÚTILES PARA DISTINGUIR ENTRE PANCREATITIS BILIAR EDEMATOSA Y NECRÓTICA HEMORRÁGICA, YA QUE ESTOS SIRVEN PARA IDENTIFICAR GRUPOS DE PACIENTES CON MAYOR RIESGO DE COMPLICACIONES IMPORTANTES Y NO SIEMPRE REFLEJAN NECESARIAMENTE LA ENTIDAD ANATOMOPATOLÓGICA SUBYACENTE (4,5,13).

SIENDO EL OBJETIVO DE ÉSTE ESTUDIO UNIFICAR CRITERIOS, ANALIZANDO LOS RESULTADOS DEL EFECTO DEL TIEMPO DE LA CIRUGÍA, EN LA MORTALIDAD, MORBILIDAD, ESTANCIA HOSPITALARIA, EN LOS PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA BILIAR. ASÍ COMO LA RELACIÓN ENTRE LOS SIGNOS PRONÓSTICOS DESCRITOS POR RANSON Y LA SEVERIDAD Y MORTALIDAD EN ESTOS PACIENTES.

PROBLEMA

EL TIEMPO PARA LA CIRUGÍA DEL TRACTO BILIAR EN LA PANCREATITIS AGUDA BILIAR, HA SIDO OBJETO DE CONTROVERSA CONSIDERABLE, CON ALGUNOS CIRUJANOS QUE ABOGAN POR LA CIRUGÍA TAN PRONTO SE HA HECHO EL DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS BILIAR, ALGUNOS TAN PRONTO COMO EL ATAQUE AGUDO HA CEDIDO, ALGUNOS OTROS ABOGAN POR UN PROCEDIMIENTO ELECTIVO DESPUÉS DE UN PERIODO PROLONGADO, MÁS DE 15 DÍAS; Y OTROS QUE ADOPTAN UN ABORDAJE FLEXIBLE, SURGIENDO DE ÉSTO LA PREGUNTA ESPECÍFICA QUE DIO ORIGEN AL ESTUDIO, - ¿CUÁL ES EL TIEMPO APROPIADO PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO - DEL TRACTO BILIAR EN LA PANCREATITIS AGUDA BILIAR?.

HIPOTESIS

PARA EL TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA BILIAR EXISTEN -- DOS CORRIENTES:

- LA CIRUGÍA TEMPRANA EN FASE AGUDA, CON EL FIN DE PREVENIR - LA PROGRESIÓN DE LA ENTIDAD EDEMATOSA A NECROSIS PANCREÁTICA Y FORMAS HEMORRÁGICAS, ASÍ COMO EL DETERIORO SISTÉMICO.
- EL MANEJO CONSERVADOR INICIAL, SEGUIDO DE CIRUGÍA ELECTIVA,

A CAUSA DE LA ALTA MORTALIDAD REPORTADA DESPUÉS DE LA OPERACIÓN EN FASE AGUDA.

- AL FINAL DE LA TESIS, CONCLUIREMOS QUE ES LO MEJOR PARA EL PACIENTE.

## OBJETIVOS

1. ANALIZAR LOS RESULTADOS DE LOS EFECTOS DEL TIEMPO DE LA CIRUGÍA DEL TRACTO BILIAR EN LA PANCREATITIS AGUDA, EN LA MORTALIDAD, MORBILIDAD, ESTANCIA HOSPITALARIA.
2. ANALIZAR LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL NÚMERO DE SIGNOS POSITIVOS DE RANSON Y LA SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS AGUDA BILIAR Y LA MORTALIDAD.
3. ELABORAR UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN A ESTOS PACIENTES, PARA SU PRONTO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.
4. UNIFICAR CRITERIOS.



## JUSTIFICACION

- LA PANCREATITIS AGUDA ES UNA ENFERMEDAD CON UN ALTO GRADO - DE INCIDENCIA EN MÉXICO
- LA PATOLOGÍA BILIAR COMO ETIOLOGÍA DE LA PANCREATITIS AGUDA ESTÁ PRESENTE EN UN 56-60%.
- LA PANCREATITIS AGUDA PRESENTA LAS VARIEDADES DE EDEMATOSA EN EL 80% Y LA NECRÓTICA EN EL 20%.
- EN LA VARIEDAD EDEMATOSA ES EN LA CUAL SEGÚN ALGUNOS AUTO-- RES REFIEREN, PUEDE AYUDARSE AL PACIENTE CON UNA INTERVEN-- CIÓN QUIRÚRGICA TEMPRANA, EVITANDO LA PROGRESIÓN DE LA EN-- FERMEDAD A FORMAS SEVERAS Y SUS COMPLICACIONES.
- LA ELIMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD, REDUCIRÁ LA POSIBLE RECU-- RRENCIA DE UN 75% A MENOS DEL 10%

## MATERIAL Y METODOS

LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DE TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS AL HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ" ISSSTE EN EL -

PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO DE 1982 A DICIEMBRE DE 1987, CON EL DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS AGUDA FUERON REVISADOS.

SE INCLUYERON EN EL ESTUDIO LOS EXPEDIENTES DE LOS PACIENTES - EN QUIENES SE FUNDAMENTÓ EL DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS AGUDA BILIAR, POR CLÍNICA, LABORATORIO Y GABINETE Y FUERON CONFIRMADOS EN LOS HALLAZGOS DE LA LAPAROTOMIA O POR PATOLOGÍA.

LOS CRITERIOS PRONÓSTICOS DE RANSON<sup>(13)</sup> FUERON USADOS PARA CLASIFICAR A LOS PACIENTES.

SE ENCONTRARON 38 CASOS DE PANCREATITIS AGUDA, DE LOS CUALES - 18 FUERON DE ETIOLOGÍA BILIAR, CON UNA INCIDENCIA DEL 47%.

DE LOS 18 CASOS DE PANCREATITIS BILIAR AGUDA, 4 NO SE OPERARON (22%); LOS 14 RESTANTES SI FUERON OPERADOS (77%). LOS 14 PACIENTES OPERADOS SE AGRUPARON DE ACUERDO AL TIEMPO DE EFECTUADA LA CIRUGÍA. SIETE SE OPEARON DENTRO DE LAS 72 HORAS DE INSTALADOS LOS SÍNTOMAS, GRUPO I; Y 7 DESPUÉS DE 5 DÍAS O MÁS, - GRUPO II.

## RESULTADOS

GRUPO I.- PACIENTES OPERADOS CON PAB EN FASE TEMPRANA.

FUERON 7 PACIENTES, 5 DEL SEXO MASCULINO Y 2 DEL SEXO FEMENINO, CON UNA EDAD MEDIA DE 60 AÑOS, OSCILANDO ÉSTAS ENTRE 33 Y 67 AÑOS; SE OBSERVÓ ICTERICIA CLÍNICA EN 6 PACIENTES; 4 PACIENTES PRESENTARON MENOS DE 3 SIGNOS DE RANSON POSITIVOS, Y EN 3 PACIENTES MÁ S DE 3 SIGNOS POSITIVOS.

EL TIPO DE CIRUGÍA EFECTUADA FUE LA COLECISTECTOMÍA CON EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES EN 3 PACIENTES; COLECISTECTOMÍA, EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES Y GASTROSTOMÍA EN 3 PACIENTES; Y COLECISTOSTOMÍA, EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES MÁ S DRENAJE PERITONEAL EN UN PACIENTE. LOS HALLAZGOS OPERATORIOS MOSTRARON COLELITIASIS EN LOS 7 PACIENTES; COLEDOCOLITIASIS EN 3, INFLAMACIÓN PANCREÁTICA EN 7 PACIENTES; CON UNA INCIDENCIA DE PANCREATITIS NECRÓTICA HEMORRÁGICA EN 4 PACIENTES, DESCRITAS COMO LESIONES AISLADAS HASTA NECROSIS DEL 100%. LA MORTALIDAD ENCONTRADA EN ESTE GRUPO FUE DE 3 PACIENTES. LA ESTANCIA HOSPITALARIA PROMEDIO FUE DE 11 DÍAS, OSCILANDO ENTRE 2 Y 25 DÍAS.

LA MORBILIDAD ASOCIADA EN ESTE GRUPO, FUE BRONQUITIS AGUDA Y EDEMA AGUDO PULMONAR INCIPIENTE EN UN PACIENTE; ESTADO DE CHO-

QUE Y EPOC UN PACIENTE; COLANGITIS ASCENDENTE, PICOLECISTO, CHOQUE HIPOVOLÉMICO, CHOQUE SÉPTICO, FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE - UN PACIENTE; DIABETES MELLITUS II EN UN PACIENTE.

GRUPO II. PACIENTES CON PAB OPERADOS EN FASE TARDÍA.

FUERON 7 PACIENTES, 2 DEL SEXO MASCULINO Y 5 DEL SEXO FEMENINO, CON UNA EDAD PROMEDIO DE 46 AÑOS, OSCILANDO ÉSTAS ENTRE 26 Y 68 AÑOS; SE OBSERVÓ ICTERICIA CLÍNICA EN 5 PACIENTES; 5 PACIENTES PRESENTARON MENOS DE 3 SIGNOS DE RANSON POSITIVOS; Y 2 PACIENTES MÁS DE 3 SIGNOS DE RANSON POSITIVOS; EL TIPO DE CIRUGÍA EFECTUADA FUE LA COLECISTECTOMÍA Y EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES EN 3 PACIENTES; LA COLECISTECTOMÍA EN 2 PACIENTES; EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES ÚNICAMENTE, 1 PACIENTE; Y COLECISTOSTOMÍA, RESECCIÓN PANCREÁTICA DEL 75% Y DRENAJE PERITONEAL 1 PACIENTE.

LOA HALLAZGOS OPERATORIOS MOSTRARON COLELITIASIS EN LOS 7 PACIENTES; INFLAMACIÓN PANCREÁTICA EN 6 PACIENTES; INCIDENCIA DE PANCREATITIS AGUDA NECRÓTICA HEMORRÁGICA EN 2 PACIENTES, DESCRIBIÉNDOSE COMO LESIONES PARENQUIMATOSAS AISLADAS Y EN CABEZA, CUERPO Y COLA, RESPECTIVAMENTE.

LA MORTALIDAD EN ESTE GRUPO FUE DE CERO. LA MORBILIDAD OBSERVADA FUE LITIASIS RESIDUAL 1 PACIENTE; ABSCESO PANCREÁTICO, ABSCESO RESIDUAL Y FÍSTULA PANCREÁTICA, EN DOS PACIENTES. LA ESTANCIA HOSPITALARIA TUVO UN PROMEDIO DE 36 DÍAS, OSCILANDO ENTRE 9 Y 125 DÍAS.

TABLA I. TIEMPO DE CIRUGIA EN LA PANCREATITIS AGUDA BILIAR

---

TIEMPO QUE ABARCA EL ESTUDIO .....	5 AÑOS
NÚMERO TOTAL DE CASOS CON PA .....	38
NÚMERO DE CASOS CON PAB .....	18 .....
	47%
SEXO	
MASCULINO .....	9 .....
	50%
FEMENINO .....	9 .....
	50%
EDAD	
MÁXIMA .....	76 AÑOS
MÍNIMA .....	26 AÑOS
MEDIA .....	53 AÑOS
TRATA- MIENTO	
QUIRÚRGICO .....	14 .....
	78%
MÉDICO .....	4 .....
	22%

---

PA = PANCREATITIS AGUDA

PAB = PANCREATITIS AGUDA BILIAR

TABLA IV. RELACION ENTRE EL NUMERO DE SIGNOS DE RANSON POSITIVOS Y MORTALIDAD EN 14 PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA BILIAR

SIGNOS DE RANSON POSITIVOS	FRECUENCIA		MORTALIDAD	
	No.	%	No.	%
MENOS DE 3	9	64	1+	11
DE 3 A 4	4	29	1	25
DE 5 O MÁS	1	7	1	100

+ EL PACIENTE DURANTE LA CIRUGÍA SE LE CAUSÓ LESIÓN DE PARÉNQUIMA HEPÁTICO, CON HEMORRAGIA IMPORTANTE, DE DIFÍCIL CONTROL

TABLA 11. HALLAZGOS RADIOLOGICOS Y CONCENTRACION DE AMILASA SERICA\* EN 18 PACIENTES CON PAB

HALLAZGO	No.	%
<b>RX</b>		
DERRAME PLEURAL	7	39
ESPACIO GASTROCÓLICO AUMENTADO	6	33
COLON CORTADO	5	28
ASA CENTINELA	9	50
<b>USG</b>		
COLELITIASIS	9	50
PANCREATITIS	3	17
ABSCESO PANCREÁTICO	1	6
<b>LAB.</b>		
AMILASA < 300 US	5	28
AMILASA > 300 US	13	72

\* VALORES NORMALES DE AMILASA 80 A 120 US.



TABLA III. CARACTERISTICAS GENERALES DE 14 PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA BILIAR. CLASIFICADOS DE ACUERDO AL TIEMPO DE CIRUGIA

	CIRUGIA TEMPRANA	CIRUGIA TARDIA
NÚMERO DE PACIENTES	7	7
MASCULINOS	5	2
FEMENINOS	2	5
EDAD MEDIA (AÑOS)	60	46
ICTERICIA (%)	85	71
COLEDOCOLITIASIS (%)	43	29
NÚMERO DE SIGNOS DE RANSON		
POSITIVOS (%)		
MENOS DE 3	57	71
MÁS DE 3	43	29
INCIDENCIA DE PANH (%)	57	28
TIEMPO DE LA OPERACIÓN (%)		
<24 HORAS	72	--
24-48 HORAS	14	--
48-72 HORAS	14	--
≥7 DÍAS	--	43
8-10 DÍAS	--	14
>10 DÍAS	--	43
TIPO DE OPERACIÓN (%)		
COLECISTECTOMÍA	--	28
CCx + EVB	43	43
CCx + EVB + GOST.	43	--
CCo + EVB + DP	14	--
CCo + PANCREATECTOMÍA	--	14
EVB	--	14
MORTALIDAD (%)	43	0

CCx = COLECISTECTOMÍA; EVB = EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES; CCo = COLECISTOSTOMÍA; GOST = GASTROSTOMÍA; DP = DRENAJE PERITONEAL.  
 PANH = PANCREATITIS NECRÓTICA HEMORRÁGICA

TABLA IV. RELACION ENTRE EL NUMERO DE SIGNOS DE RANSON POSITIVOS Y MORTALIDAD EN 14 PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA BILIAR

SIGNOS DE RANSON POSITIVOS	FRECUENCIA		MORTALIDAD	
	No.	%	No.	%
MENOS DE 3	9	64	1 <sup>+</sup>	11
DE 3 A 4	4	29	1	25
DE 5 O MÁS	1	7	1	100

+ EL PACIENTE DURANTE LA CIRUGÍA SE LE CAUSÓ LESIÓN DE PARÉNQUIMA HEPÁTICO, CON HEMORRAGIA IMPORTANTE, DE DIFÍCIL CONTROL

TABLA V. RELACION ENTRE SIGNOS DE RANSON POSITIVOS Y MORTALIDAD EN 14 PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA BILIAR. CLASIFICADOS DE ACUERDO AL TIEMPO DE CIRUGIA

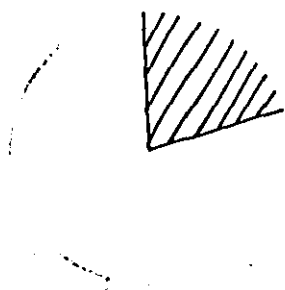
SIGNOS DE RANSON POSITIVOS	CIRUGIA TEMPRANA		CIRUGIA TARDIA	
	TOTAL	MORTALIDAD	TOTAL	MORTALIDAD
<b>MENOS DE 3</b>				
NÚMERO	4	1	5	0
PORCENTAJE	57	25	71	0
<b>MÁS DE 3</b>				
NÚMERO	3	2	2	0
PORCENTAJE	43	67	29	0
<b>TOTAL</b>				
NÚMERO	7	3	7	0
PORCENTAJE	100	43	100	0

TABLA VI. COMPLICACIONES OBSERVADAS EN 14 PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA BILIAR. CLASIFICADOS DE ACUERDO AL TIEMPO DE CIRUGIA

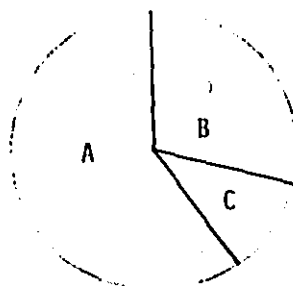
CIRUGIA TEMPRANA	%	CIRUGIA TARDIA	%
BRONQUITIS AGUDA	14	LITIASIS RESIDUAL	14
EDEMA AGUDO PULMONAR	14	SEPSIS INTRABDOMINAL	29
INSUFICIENCIA RENAL	14	ABSCESO DE PÁNCREAS	29
ESTADO DE CHOQUE	29	ABSESOS RESIDUALES	29
SIRPA	14	FÍSTULA PANCREÁTICA	29
LESIÓN HEPÁTICA	14	FÍSTULA ESTERCORACEA	14

SIRPA: SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA PROGRESIVA DEL ADULTO

FIGURA 1. SIGNOS DE RANSON POSITIVOS Y MORTALIDAD  
EN 14 PACIENTES CON PAB



MORTALIDAD



SIGNOS DE RANSON  
POSITIVOS

	SIGNOS DE RANSON POSITIVOS	FRECUENCIA	%	MORTALIDAD	%
A	MENOS DE 3	9	64	1	11
B	3 - 4	4	29	1	25
C	5 ó MÁS	1	7	1	100

FIGURA 2. INCIDENCIA DE PAHN Y SIGNOS DE RANSON

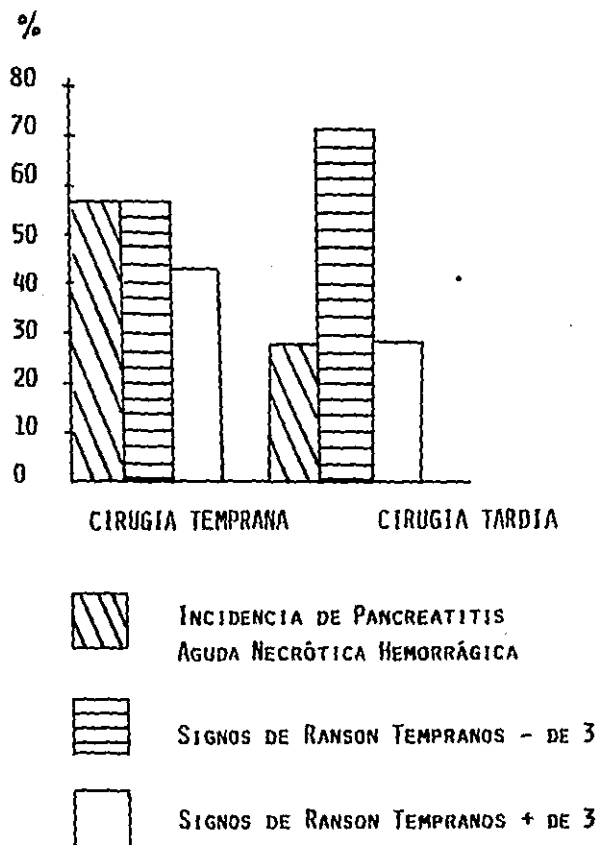
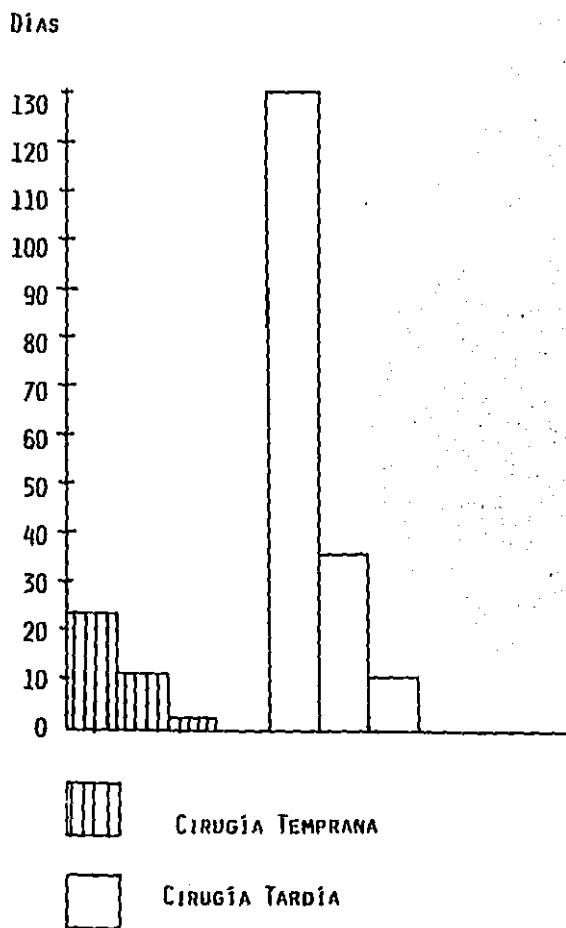


FIGURA 3. DIAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS



DE LOS 18 PACIENTES CON PANCREATITIS BILIAR AGUDA, 4 FUERON --  
 TRATADOS MEDICAMENTE, (22%); 2 PACIENTES DEL SEXO MASCULINO Y  
 2 PACIENTES DEL SEXO FEMENINO, CON UNA EDAD MEDIA DE 55 AÑOS,  
 OSCILANDO ÉSTAS ENTRE 37 Y 72 AÑOS. LOS 4 PACIENTES PRESENTA-  
 RON ICTERICIA; EN UNO SE DIAGNÓSTICO COLEDOCOLITIASIS; TRES  
 PACIENTES PRESENTARON DE 1 A 2 SIGNOS DE RANSON POSITIVOS (75%);  
 Y UNO PRESENTÓ 4 SIGNOS POSITIVOS. LA MORTALIDAD FUE DEL 25%  
 Y SE PRESENTÓ EN EL PACIENTE CON 4 SIGNOS POSITIVOS.

#### MORTALIDAD ANÁLISIS DE LOS CASOS DE PAB EN RELACIÓN AL TRATA- MIENTO

CASO I MASCULINO DE 76 AÑOS, BRONQUÍTICO CRÓNICO, EPOC.  
 CON 5 SIGNOS DE RANSON POSITIVOS. HALLAZGOS RADIO  
 LÓGICOS: DERRAME PLEURAL BILATERAL, COLON DILATADO,  
 Y ASA CENTINELA. TIEMPO DE CIRUGÍA 24 HORAS.

- TIPO DE CIRUGÍA: COLECISTECTOMÍA, EXPLORACIÓN DE  
 VÍAS BILIARES Y GASTROSTOMÍA

- HALLAZGOS: SANGRE LIBRE EN CAVIDAD, INFILTRA---  
 CIÓN O RETROPERITONEO, PANH DEL 100%. COLELI--  
 TIASIS



**CASO II** MASCULINO DE 62 AÑOS; DIABÉTICO TIPO II, DESCOMPEN--  
SADO. CON 4 SIGNOS DE RANSON POSITIVOS. HALLAZ--  
GOS RADIOLÓGICOS: SIGNO DE COLON CORTADO, AUMENTO  
DEL ESPACIO GASTROCÓLICO. TIEMPO DE CIRUGÍA 3 DÍAS.

- TIPO DE CIRUGÍA: COLECISTECTOMÍA, EXPLORACIÓN DE  
VÍAS BILIARES, GASTROSTOMIA Y DRENAJE PERITONEAL.

- HALLAZGOS: SEQUESTRO DE LÍQUIDOS DE 3 LTS., PAN-  
CREAS INDURADO CON ZONAS DE NECROSIS Y HEMORRA--  
GIA, VESÍCULA ENGROSADA, Y SAPONIFICACIÓN

**CASO III** MASCULINO DE 63 AÑOS. CON COLEDOLITIASIS, COLE-  
LITIASIS, PICOLECISTO, COLANGITIS ASCENDENTE. CON  
2 SIGNOS DE RANSON POSITIVOS. HALLAZGOS RADIOLÓGI-  
COS: SIGNO DE COLON CORTADO. TIEMPO DE CIRUGÍA 24  
HORAS.

- TIPO DE CIRUGÍA: COLECISTECTOMIA, EXPLORACIÓN  
DE VÍAS BILIARES

- HALLAZGOS: PICOLECISTO, COLEDOLITIASIS, EDEMA  
PANCREÁTICO. HÍGADO CONGESTIVO

- COMPLICACIONES: LESIÓN DE PARÉNQUIMA HEPÁTICO, CON HEMORRAGIA IMPORTANTE DE 2 LTS., INCONTROLABLE.

## DISCUSION

EL TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA CUALQUIERA QUE SEA SU ETIOLOGÍA Y GRAVEDAD, INICIALMENTE ES MÉDICO<sup>(2,4,8,13)</sup>. LA TERAPÉUTICA DE BASE ES SUFICIENTE PARA LAS FORMAS LEVES, EDEMATOSAS Y EN LAS FORMAS GRAVES, NECRÓTICAS, PERMITE UNA MEJOR VALORACIÓN Y PREPARACIÓN PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO<sup>(4)</sup>, COMO FUE OBSERVADO EN EL GRUPO DE PACIENTES CON PAB LEVE TRATADOS - CONSERVADORAMENTE.

RANSON Y DIVERSOS AUTORES<sup>(2,5,6,9,10,13,16)</sup> CONCLUYEN QUE LA CIRUGÍA PUEDE EMPRENDERSE CON SEGURIDAD EN LOS CASOS LEVES MODERADOS EN FORMA TEMPRANA, SIN ACOMPAÑARSE DE MORTALIDAD IMPORTANTE; NO SIENDO ASI EN LAS FORMAS SEVERAS, EN DONDE LA CIRUGÍA TEMPRANA PUEDE SER PELIGROSA, POR LA ALTA INCIDENCIA DE MORTALIDAD (50%), Y DE SER POSIBLE, DEBERÁ SER DIFERIDA HASTA LA REMISIÓN DEL CUADRO. LO CUAL SE CORROBORA EN EL ESTUDIO, - EN DONDE SE OBSERVA QUE EL GRUPO I CIRUGÍA TEMPRANA, LA MORTALIDAD TOTAL ES DE 43% Y EN EL GRUPO II DE CIRUGÍA TARDÍA ES DE CERO.

ACOSTA Y COLS<sup>(1,5,7,11)</sup> BASADO EN QUE EL PASO DE CÁLCULOS BILIARES POR EL ÁMPULA DE VÁTER ESTÁ ASOCIADO AL DESARROLLO DE PANCREATITIS AGUDA, CONCLUYE QUE LA CIRUGÍA TEMPRANA ES IMPORTANTE CON EL FIN DE DESALOJAR LOS CÁLCULOS IMPACTADOS EN EL ÁMPULA Y PREVENIR EL DESARROLLO DE FORMAS NECRÓTICAS HEMORRÁGICAS. SIN EMBARGO, ESTA SITUACIÓN NO SE HA DEMOSTRADO CLÍNICA NI EXPERIMENTALMENTE. EN LOS 2 PACIENTES CON NECROSIS HEMORRÁGICA OPERADOS EN FORMA TEMPRANA NO SE ENCONTRÓ COLEDOCOLITIASIS. POR OTRA PARTE, UN PACIENTE OPERADO 20 DÍAS DESPUÉS, CON PANCREATITIS LEVE Y UN SIGNO DE RANSON AL INGRESO, PRESENTÓ UN ABSCESO PANCREÁTICO Y NECROSIS DEL 75%. SI SE HUBIERA OPERADO EN FORMA TEMPRANA POSIBLEMENTE NO HUBIERA PRESENTADO ESTA COMPLICACIÓN.

EN RELACIÓN AL TIPO DE TRATAMIENTO, EN AMBOS GRUPOS EL PROCEDIMIENTO MÁS UTILIZADO FUE LA COLECISTECTOMÍA CON EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES, COMBIÁNDOSE CON LA GASTROSTOMÍA EN EL GRUPO DE CIRUGÍA TEMPRANA; EN EL GRUPO DE CIRUGÍA TARDÍA, SE EFECTUÓ UNA NECRESECTOMÍA, LAVADO LOCAL Y LAVADO PERITONEAL A CORTO PLAZO, YA QUE LA CAVIDAD SE ENCONTRÓ INFECTADA, CON MUY BUENOS RESULTADOS; COMO ESTÁ REFERIDO POR BEGER<sup>(3)</sup> Y WARSHAW<sup>(15)</sup>.

HEIJ<sup>(5)</sup> REPORTA QUE LA CIRUGÍA TEMPRANA NO ES DAÑINA PARA LAS FORMAS EDEMATOSAS O HEMORRÁGICAS DE PANCREATITIS AGUDA, ASOCIADA CON LITIASIS BILIAR. ALGUNOS PACIENTES CON PANH AUN PUEDEN BENEFICIARSE DE LA CIRUGÍA EN LA FASE AGUDA, COMO EN ESTE ESTUDIO EN DONDE SOBREVIVIÓ UN PACIENTE DE LOS 3 CON PANH OPERADOS EN FORMA TEMPRANA, Y TAMBIÉN AYUDA A ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO OFRECIENDO INFORMACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD.

EL CRITERIO DE SIGNOS PRONÓSTICOS TEMPRANOS DE RANSON ES UN SISTEMA GENERALMENTE RECONOCIDO EN LA PREDICCIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS. EN EL ESTUDIO EXISTIÓ UNA CORRELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE SIGNOS POSITIVOS Y LA EXTENSIÓN DE LA NECROSIS O HEMORRAGIA PANCREÁTICA; Y EXISTIÓ CORRELACIÓN ENTRE LA MORTALIDAD Y EL NÚMERO DE SIGNOS POSITIVOS; LA MORTALIDAD EN LOS PACIENTES CON MENOS DE 3 SIGNOS PRESENTES ES PRACTICAMENTE DE CERO; DE 25% EN LOS DE 3 A 4 SIGNOS Y DEL 100% EN LOS DE 5 SIGNOS O MÁS.

LA MORTALIDAD TOTAL POR GRUPOS EN RELACIÓN AL TIEMPO DE LA CIRUGÍA DE 43% PARA LA TEMPRANA Y DE CERO % PARA LA CIRUGÍA EN FASE TARDÍA, PRESENTA UNA DIFERENCIA MUY SIGNIFICATIVA A SIMPLE VISTA, PERO COMO SE MOSTRÓ EN EL ANÁLISIS DE PACIENTES FALLECIDOS, ÉSTOS ERAN PORTADORES DE PANCREATITIS AGUDA BILIAR -

SEVERA, EN QUIENES EL TRATAMIENTO CONSERVADOR ENÉRGICO, HASTA LA REMISIÓN DEL CUADRO NO ERA POSIBLE MANTENER, EXISTIENDO LA INDICACIÓN DE CIRUGÍA TEMPRANA URGENTE. CON LOS RESULTADOS -- ENUNCIADOS POR RANSON Y OTROS AUTORES.

## CONCLUSIONES

1. EN LA PANCREATITIS AGUDA CUALQUIERA QUE SEA LA ETIOLOGÍA Y SEVERIDAD, EL TRATAMIENTO INICIAL ES MÉDICO.
  
2. EN LA PANCREATITIS AGUDA DE ORIGEN BILIAR, SE PUEDEN DIFERENCIAR TRES CATEGORÍAS DE PACIENTES:
  - A) LA PRIMERA CATEGORÍA Y MÁS COMÚN, SON LOS PACIENTES CON PANCREATITIS LEVE-MODERADA Y SIN EVIDENCIA DE CÁLCULO ENCLAVADO EN LA ÁMPULA DE VÁTER; ESTOS PACIENTES PUEDEN Y DEBEN SER OPERADOS EN EL PRIMER Y SEGUNDO DÍA. EL ES PERAR LA RESOLUCIÓN DEL CUADRO NO ES NECESARIO.
  
  - B) LA SEGUNDA SON LOS PACIENTES CON UN GRADO VARIABLE DE PANCREATITIS Y CON EVIDENCIA DE UN CÁLCULO ENCLAVADO EN LA ÁMPULA. ESTOS PACIENTES REQUIEREN OPERACIÓN INMEDIATA DEL TRACTO BILIAR O SU PANCREATITIS EMPEORARÁ.
  
  - C) LA TERCERA SON LOS PACIENTES CON PANCREATITIS SEVERA SIN EVIDENCIA DE CÁLCULO ENCLAVADO EN LA ÁMPULA DE VÁTER Y CON UN ALTO ÍNDICE DE MORTALIDAD EN LA OPERACIÓN TEMPRANA. EN QUIENES ES PREFERIBLE EL TRATAMIENTO MÉDICO

INICIAL EN FORMA ENÉRGICA Y, DE SER POSIBLE, DIFERIR LA CIRUGÍA HASTA LA REMISIÓN COMPLETA

3. EN LOS PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA BILIAR LEVE, Y CON CONDICIONES GENERALES QUE <sup>^</sup>POR SÍ MISMAS REQUIEREN DE VALORACIÓN O CON PATOLOGÍAS AGREGADAS A OTRO NIVEL, DEBERÁN OPERARSE EN FORMA ELECTIVA.
  
4. PARA EL ENFOQUE RACIONAL DEL TRATAMIENTO ES NECESARIO CLASIFICAR A LOS PACIENTES EN FORMA TEMPRANA, USANDO LA EVALUACIÓN CLÍNICA, LOS PARÁMETROS DE LABORATORIO Y LOS SIGNOS - PRONÓSTICOS DE RANSON, LO CUAL ES POSIBLE EN LAS PRIMERAS - 48 HORAS, OFRECIENDO AL PACIENTE LA MEJOR CONDUCTA TERAPÉUTICA DE LAS YA REFERIDAS.

INICIAL EN FORMA ENÉRGICA Y, DE SER POSIBLE, DIFERIR LA CIRUGÍA HASTA LA REMISIÓN COMPLETA

3. EN LOS PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA BILIAR LEVE, Y CON CONDICIONES GENERALES QUE POR SÍ MISMAS REQUIEREN DE VALORACIÓN O CON PATOLOGÍAS AGREGADAS A OTRO NIVEL, DEBERÁN OPERARSE EN FORMA ELECTIVA.
  
4. PARA EL ENFOQUE RACIONAL DEL TRATAMIENTO ES NECESARIO CLASIFICAR A LOS PACIENTES EN FORMA TEMPRANA, USANDO LA EVALUACIÓN CLÍNICA, LOS PARÁMETROS DE LABORATORIO Y LOS SIGNOS - PRONÓSTICOS DE RANSON, LO CUAL ES POSIBLE EN LAS PRIMERAS - 48 HORAS, OFRECIENDO AL PACIENTE LA MEJOR CONDUCTA TERAPÉUTICA DE LAS YA REFERIDAS.



## B I B L I O G R A F I A

1. ACOSTA JM, ROSSI R., ET AL. EARLY SURGERY FOR ACUTE GALLSTONE PANCREATITIS. EVALUATION OF A SYSTEMATIC APPROACH. SURGERY 1978; 83: 367 = 70
2. ALDRETE J, JIMENEZ, ET AL. EVALUATION AND TREATMENT OF ACUTE AND CRONIC PANCREATITIS. A REVIEW OF 380 CASES. ANN SURG 1980; 191: 664
3. BEGER H. ET AL. RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF NECROTIZING PANCREATITIS. WOLD J. SURG 1985; 9(6); 972
4. ESTRADA L. ET AL. LA CIRUGÍA EN LA PANCREATITIS AGUDA REV. ESP. ENF. AP. DIGEST. 1983; 6(64); 473
5. HEIJ A. ET AL. TIMING OF SURGERY FOR ACUTE BILIARY PANCREATITIS. AM J SURG 1985; 149(3); 371
6. KELLY T. ET AL. GALLSTONE PANCREATITIS ANN SURG 84; 200(4); 479

7. KIM V. SHETH M. OPTIMAL TIMING OF SURGICAL INTERVENTION IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS ASSOCIATED WITH CHOLELITHIASIS SURG GYNECOL OBSTET 1980; 150: 499-501
8. LANGE P. PANDERSEN T. INITIAL TREATMEN OF ACUTE PANCREATI--TIS SURG GYNECOL OBSTET 157: 332 - 4 1983
9. MERCER C. ET AL. EARLY SURGERY FOR BILIARY PANCREATITIS AM J. SURG 1984; 148: 749
10. RANSON JHC THE TIMING OF BILIARY SURGERY IN ACUTE PANCREATI--TIS ANN SURG 1979; 189: 654
11. SALTZSTEIN EC, PEACOCK JB, MERCER LC. EARLY OPERATION FOR ACUTE BILIARY TRACT STONE DISEASE SURGERI 1983; 94: 709-8
12. SEMEL L, SCHRIEBER D. ET AL GALLSTONE PANCREATITIS ARCH SURG 1983; 118: 901-4
13. SCHWARTZ S, ELLIS H. MAINGOT'S ABDOMINAL OPERATIONS 1985  
APPLETON-CENTURY-GROFTS

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

14. TONDELLI P. ET AL. ACUTE PANCREATITIS: BEST TIMING OF BILIAR SURGERY SURGERY 1982; 69: 709
15. WARSHAW A, GONGLIANG J. ANN SURG 1985; 202: 408-17 IMPROVED SURVIVAL IN 45 PATIENTS WITH PANCREATIC ABSCESS
16. WELCH JP. ET AL. ACUTE PANCREATITIS OF BILIARY ORIGIN: URGENT OPERATION NECESSARY  
AM J SURG 1982; 143: 120