

11209
2 ej 3



Universidad Nacional Autónoma de México

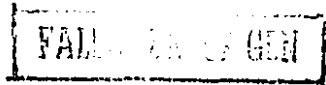
FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
Secretaría de Salud

**CUANDO OPERAR AL PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA
EDEMATOSA DE ETIOLOGIA BILIAR.**

TESIS DE POSTGRADO
Para obtener el Diploma en la Especialidad de
CIRUGIA GENERAL

presenta

JUAN CARLOS AHUMADA TARIN



México, D. F.:

1988



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.

I N D I C E :

	Pag.
INTRODUCCION.....	1
OBJETIVOS.....	4
MATERIAL Y METODOS.....	5
RESULTADOS.....	7
DISCUSION.....	17
CONCLUSIONES.....	20
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	21

INTRODUCCION:

Desde la primera descripción de la pancreatitis aguda en 1889 por Reginald Fitz, hasta nuestros días, continúa siendo una enfermedad no bien entendida desde el punto de vista fisiopatológico y no existe un acuerdo común en cuanto a cuáles son los procedimientos terapéuticos mas útiles. A pesar de que existen parámetros que indican gravedad o pronóstico, su evolución es impredecible. Tampoco existe acuerdo respecto a qué procedimientos quirúrgicos son los mas efectivos o cuál es el momento mas oportuno para realizarlos. Actualmente la mortalidad en relación a pancreatitis edematosa es de 0 a 30% según reportes de distintos autores (3,4,6-13).

A principios de la década de los 60s se empezó a utilizar la operación de Lawson, consistente en: Colectomía o colecistostomía, colangiografía transoperatoria y revisión de vías biliares, gastrostomía descompresiva y yeyunostomía para alimentación, lavado de cavidad abdominal y drenajes peri y retropancreáticos, logrando así disminuir la mortalidad de 80 a 50% (1), incluyendo pacientes con pancreatitis edematosa grave, con necrosis de grasa peripancreática y enfermos con pancreatitis necrotizante, no especificando mortalidad individual en cada uno de los tipos de pancreatitis.

En la siguiente década se empezó a utilizar la pancreatectomía parcial o subtotal al no obtenerse mejoría con tratamiento médico conservador en 48 horas, disminuyendo la mortalidad a 30% en pancreatitis necrotizante, en algunas series (4,5).

Ranson en 1974 señaló 11 signos pronósticos relacionados estadísticamente con mayor morbimortalidad en pancreatitis aguda de cualquier etiología, a excepción de pancreatitis posttraumática (6): Dos años después evaluó la influencia del lavado peritoneal por catéter percutáneo en la evolución de 200 pacientes con pancreatitis aguda, correspondiendo a 57 pacientes con pancreatitis edematosa biliar, siendo la mortalidad del 8% en este grupo (7).

En pancreatitis aguda de etiología no biliar la cirugía -

aumenta la morbimortalidad y sólo se utiliza como un procedimiento diagnóstico o para corrección de algunas de sus complicaciones locales (3).

En caso de pancreatitis aguda de etiología biliar, el procedimiento sólo se limita a la corrección de la patología biliar y existe una gran controversia respecto al momento quirúrgico mas adecuado.

Existen estudios publicados respecto al momento mas oportuno de intervenir a un paciente con pancreatitis aguda de etiología biliar. Algunos autores recomiendan cirugía temprana (1,8,9,10); en cambio, otros autores reportan mayor morbimortalidad con cirugía temprana, recomendando cirugía tardía, una vez resuelto el cuadro de pancreatitis aguda (3,7,11,12,13), apoyados sólo en la experiencia personal de cada autor.

No existe un acuerdo común o uniforme respecto al concepto de cirugía temprana o tardía; algunos autores definen a la cirugía temprana, al operar una vez hecho el diagnóstico (1,9,10), otros al operar dentro de las 48 horas de estancia hospitalaria (8) y para otros autores, cirugía temprana es operar dentro de los 7 días de estancia hospitalaria (3,7,11,12). Dentro del grupo de autores que indican la cirugía tardía existen algunos estudios que apoyan el procedimiento quirúrgico en una estancia hospitalaria, una vez resuelto el cuadro de pancreatitis aguda (11,13) y otros estudios, no se definen por una o dos estancias hospitalarias (7,12).

Por lo anterior en el presente estudio se definirá a la cirugía temprana como el operar con datos clínicos y de laboratorio de actividad pancreática aguda; cirugía diferida, al intervenir una vez resuelto el cuadro agudo de pancreatitis, en la misma estancia hospitalaria y cirugía tardía al operar una vez resuelto el cuadro de pancreatitis aguda y en una segunda estancia hospitalaria.

Dado que en nuestro Hospital se atendieron en 3 años-

y 11 meses, 137 pacientes con pancreatitis aguda biliar, por considerarse una patología con una mortalidad considerable y por las discrepancias existentes en la literatura respecto al momento quirúrgico idóneo, es necesario establecer en qué momento de la evolución de la pancreatitis es más adecuado intervenir al paciente, basado en un estudio realizado en nuestro medio.

OBJETIVOS:

Determinar cuál es el momento mas adecuado para operar a un paciente con pancreatitis aguda edematosa de etiología biliar, comparando morbilidad, mortalidad y estancia hospitalaria de 3 grupos de pacientes que hayan sido intervenidos para corrección de su patología biliar en los siguientes momentos:

Grupo I Pacientes con cirugía temprana

Grupo II Pacientes con cirugía diferida, en una estancia hospitalaria.

Grupo III Pacientes con cirugía electiva, en dos estancias hospitalarias.

MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron todos los expedientes de los pacientes ingresados al Hospital General "Dr. Manuel Gea González" con el diagnóstico de pancreatitis aguda edematosa, de Enero de 1983 a Noviembre de 1986.

Los criterios de inclusión a cada grupo son los siguientes:

Grupo I: Todo paciente que haya ingresado al Hospital con diagnóstico de pancreatitis aguda y que haya sido operado para corrección de su patología biliar, con datos clínicos de actividad pancreática y con demostración transoperatoria de inflamación pancreática aguda y patología biliar.

Grupo II: Todo paciente que haya ingresado al Hospital con diagnóstico de pancreatitis aguda edematosa e hiperamilasemia mayor de 1,000 Us.I., que se haya tratado inicialmente en forma conservadora y operado posteriormente, sin datos de actividad pancreática (dolor abdominal e hiperamilasemia) en la misma estancia hospitalaria

Grupo III: Todo paciente ingresado el Hospital con diagnóstico de pancreatitis aguda edematosa, hiperamilasemia mayor de 1,000 Us.I., que haya egresado del Hospital una vez resuelta la pancreatitis aguda y operado en forma electiva en un segundo ingreso, independientemente del tiempo transcurrido.

Se excluyeron del estudio todos los casos de pancreatitis aguda de etiología no biliar, a enfermos con pancreatitis necrotizante y enfermos de los grupos II y III que no hayan cursado con hiperamilasemia mayor de 1,000-Us. I.

En cada grupo se tomaron en cuenta las siguientes variables: Edad, sexo, enfermedades concomitantes, estado nutricional, procedimientos diagnósticos, tiempo de evo-

lución, momento quirúrgico, procedimiento quirúrgico empleado, complicaciones del tratamiento médico, complicaciones del tratamiento quirúrgico, mortalidad y estancia hospitalaria.

Por tratarse de variables no paramétricas, se utilizó una prueba de Chi cuadrada, para análisis de variables múltiples, con un nivel de significancia de 0.05.

RESULTADOS:

En el período de 3 años 11 meses se registraron 137 expedientes de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda edematosa, de éstos se encontraron sólo 70 en el archivo clínico del Hospital. Se excluyeron 26 expedientes, por no llenar los criterios de inclusión, o por tener datos incompletos. Se incluyeron 44 expedientes, los cuáles se distribuyeron como se señala en la tabla I.

El rango de edad en el grupo I fué de 18 a 82 años, con un promedio de 38.8 años y una desviación estándar de 18.3 años. El rango de edad en el grupo II fué de 23 a 58 años, con promedio de 37 años y desviación estándar de 10.7 años. En el grupo III se encontró un rango de edad de 18 a 65 años, con promedio de 34.7 años y una desviación estándar de 16 años; no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los tres grupos. El promedio total de edad fué de 37.7 años con una desviación estándar de 16.3 años (tabla II).

En los tres grupos predominó el sexo femenino; sin embargo esta diferencia sólo fué estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en el grupo I, con 66.6% de sexo femenino y 33.3% del sexo masculino (tabla III).

En el grupo I, no hubo enfermedades concomitantes en los pacientes, en el grupo II se presentaron en tres pacientes; uno con epilepsia (no clasificada), un segundo paciente con hipertensión arterial controlada y otro enfermo con alcoholismo crónico.

La valoración nutricional de cada grupo se menciona en la tabla IV y no existió diferencia estadísticamente significativa entre los tres grupos, debido probablemente a lo pequeño de la muestra.

El procedimiento diagnóstico empleado más frecuentemente en el grupo I fué el quirúrgico, con 66.6%, el clínico en el 22.2% y con apoyo del laboratorio en sólo el 7.4% de los pacientes. En el grupo II los procedimientos diagnósticos más empleados fueron el clínico y

el laboratorio en un 50% en cada uno de los procedimientos.

Respecto al tiempo de evolución, hubo una diferencia entre el grupo II y los grupos I y III, de 6 días promedio en el primero y de 3.5 días en cada uno de estos últimos; sin embargo esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

En el grupo I el procedimiento quirúrgico fue más extenso y agresivo, ya que en el 63% de los pacientes se realizó el procedimiento de Lawson, dentro de este mismo grupo se realizó colecistectomía con revisión de vías biliares en el 25.9% de los pacientes, laparotomía exploradora o bien colecistectomía con colangiografía transoperatoria en menor porcentaje de enfermos. En los pacientes del grupo II la cirugía fue más conservadora, realizándose en el 60% de los pacientes colecistectomía simple y en el resto se agregó revisión de vías biliares. También en el grupo III el procedimiento fue más conservador, se realizó colecistectomía simple en el 57.1% de los casos y se realizó además revisión de vías biliares en el 42.9% (tabla V).

No se registraron complicaciones del tratamiento médico en ninguno de los tres grupos estudiados por probable subregistro de datos en los expedientes.

Respecto a las complicaciones quirúrgicas, estas fueron mayores en el grupo I con 51.8%, comparados con 20% del grupo II y 28.5% del grupo III; sin embargo, no existió diferencia estadísticamente significativa entre los tres grupos (tablas VI y VII).

El único grupo que registró mortalidad fue el grupo I con 6 casos (24%), en los grupos II y III no hubo mortalidad; sin embargo también, la diferencia no fue estadísticamente significativa (tabla VIII). La causa de muerte en la gran mayoría fue la sepsis intraabdominal (84%) seguido de sangrado de tubo digestivo alto (16%) (tabla IX).

La estancia hospitalaria no varió grandemente; fue ligeramente menor en el grupo III con 18.5 días prome-

dio, seguido del grupo II con 21.8 días y posteriormente el grupo I con 22.4 días promedio; la diferencia tan poco fué estadísticamente significativa.

Las complicaciones en relación al tipo de procedimiento empleado se demuestran en las tablas X, XI y XII

Tabla I. Distribución de pacientes

GRUPO	No. PACIENTES
I	27
II	10
III	7
TOTAL	44

Tabla II. Edad promedio por grupos y total.

GRUPO	No	EDAD PROMEDIO (años)	DESV. ESTANDAR
I	27	38.8	18.3
II	10	37.0	10.7
III	7	34.7	16.0
TOTAL	44	37.7	16.3

N.S. $p > 0.05$

Tabla III. Sexo por grupos.

GRUPO	FEMENINO	MASCULINO	
I	18 (66.6%)	9 (33.3%)	S. ($p < 0.05$)
II	7 (70%)	3 (30%)	N.S. ($p > 0.05$)
III	5 (71.4%)	2 (28.6%)	N.S. ($p > 0.05$)
TOTAL	30	14	S. ($p < 0.05$)

Tabla IV. Estado nutricional.

GRUPO	BUENO	REGULAR	MALO	
I	10 (37%)	9 (33.3%)	8 (29.7%)	N.S.
II	5 (50%)	2 (20%)	3 (30%)	N.S.
III	2 (28.5%)	1 (14.3%)	4 (51.2%)	N.S.
	N.S.	N.S.	N.S.	

Tabla V. Procedimientos quirúrgicos.

GRUPO	COLECISTECTOMIA		COLECISTECTOMIA Y COLANGIOGRAFIA		COLECISTECTOMIA Y R.V.B.		LAWSON		LAPAROTOMIA	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
I	0	--	1	3.7	7	25.9	17	63	2	7.4
II	6	60	0	--	4	40	0	--	0	--
III	4	57.1	0	--	3	42.9	0	--	0	--
TOTAL	10	22.7	1	2.2	14	31.8	17	38.6	2	4.5

Tabla V. Procedimientos quirúrgicos.

GRUPO	COLECISTECTOMIA		COLECISTECTOMIA Y COLANGIOGRAFIA		COLECISTECTOMIA Y R.V.B.		LAWSON		LAPAROTOMIA	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
I	0	--	1	3.7	7	25.9	17	63	2	7.4
II	6	60	0	--	4	40	0	--	0	--
III	4	57.1	0	--	3	42.9	0	--	0	--
TOTAL	10	22.7	1	2.2	14	31.8	17	38.6	2	4.5

Tabla VI. Morbilidad por grupos.

GRUPO	COMPLICACIONES TRAT. MEDICO		COMPLICACIONES TRAT. QUIRURGICO		MORBILIDAD GLOBAL	
I (27)	0	--	14	(51.8%)	14	(51.8%)
II (10)	0	--	2	(20%)	2	(20%)
III(7)	0	--	2	(28.5%)	2	(28.5%)
			N.S. (p>0.05)		N.S. (p>0.05)	

Tabla VII. Tipo de complicaciones por grupos

COMPLICACION	GRUPO I		GRUPO II		GRUPO III	
	No	%	No	%	No	%
Sepsis abdom.	7	50	2	20	2	28.5
Infección H.Q.	2	14.2	--	--	--	--
Fístula biliar	2	14.2	--	--	--	--
Neumonía	1	7.1	1	50	--	--
S.T.D.A.	1	7.1	--	--	--	--
Dehiscencia H.Q.	1	7.1	--	--	--	--
Litiasis Resid.	1	7.1	--	--	--	--
Pseudoquiste	1	7.1	--	--	2	100
Fístula gastro- cutanea.	--	--	1	50	--	--

Tabla VIII. Mortalidad por grupos.

GRUPO	MORTALIDAD	
	No	%
I (27)	6	24
II (10)	0	--
III (7)	0	--
N.S. ($p > 0.05$)		

Tabla IX. Causa de mortalidad en el grupo I

CAUSA	No	%
Sepsis abdominal	5	84
S.T.D.A.	1	16

Tabla X. Relación de complicaciones con el procedimiento quirúrgico empleado en el grupo I.

COMPLICACION	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO
Absceso pancreático	Lawson
Dehiscencia de H.Q.	Lawson
Sepsis abdominal	Lawson
Sepsis abdominal	Lawson
Infección H.Q.	Colecistectomía y R.V.B.
Infección H.Q.	Lawson
Fístula biliar ext.	Lawson
Absceso pancreático	Lawson
Neumonía	Lawson
Coleocolitis residual	Colecistectomía y R.V.B.
S.T.D.A.	Lawson
Sepsis abdominal	Lawson
Sepsis abdominal	Lawson
Fístula biliar	Lawson

Tabla XI. Relación de complicaciones con el procedimiento quirúrgico empleado en el grupo II

COMPLICACION	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO
Fístula Gastrocutánea	Colecistectomía + gastrostomía
Fístula Biliar	Colecistectomía + R.V.B.

Tabla XII. Relación de complicaciones con el procedimiento quirúrgico empleado en el grupo III.

COMPLICACION	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO
Pseudoquiste de páncreas	Colecistectomía simple
Pseudoquiste de páncreas	Colecistectomía + R.V.B.

DISCUSION:

A pesar de la considerable diferencia en el número de pacientes de cada grupo estudiado, la muestra de pacientes en los tres grupos es homogénea, tal como lo demuestran la similitud en edad, estado nutricional, enfermedad concomitantes, tiempo de evolución previo a la admisión hospitalaria y otras variables que pudieran alterar los resultados, o hacerlos menos confiables. La comparación de las variables entre los tres grupos no tuvo diferencia estadísticamente significativa. Lo anterior le dá al presente estudio mayor confiabilidad.

En otras series revisadas y que apoyan la cirugía temprana, el único estudio comparativo y randomizado, con muestras homogéneas es el de Stone (10), quién estudió prospectivamente a 65 pacientes comparando la cirugía temprana y la tardía, obteniendo los mismos resultados en cuanto a complicaciones postoperatorias y mortalidad; 16.6% de complicaciones con cirugía temprana y 20% con cirugía tardía; 2.7% de mortalidad con cirugía temprana y 6.8% de mortalidad con cirugía tardía, sin tener lo anterior significancia estadística. El recomienda la cirugía temprana sólo para disminuir la estancia hospitalaria de 16.7 a 13.5 días, disminuyendo concomitantemente los costos.

Otros estudios que apoyan la cirugía temprana como el de Mercer (9), no hacen un estudio comparativo y se basan en la experiencia de 34 pacientes operados dentro de las primeras 24 horas de estancia hospitalaria, obteniendo así 0% de complicaciones y de mortalidad postoperatoria, disminuyendo también la estancia hospitalaria.

Un estudio más radical es el de Lawson (1), ya que sólo analiza la cirugía temprana; sin embargo él no reporta resultados de pancreatitis edematosa grave. sino que su informe es global, mezclando pancreatitis necrótico -

hemorrágica con pancreatitis edematosa grave.

En nuestro estudio se encontraron resultados similares a los de Stone, mayor morbimortalidad con cirugía temprana, pero sin significancia estadísticamente significativa y ésto debido a lo pequeño de la muestra. El estudio difiere del de Stone en cuanto a la estancia hospitalaria, ya que en el presente estudio, contrariamente a lo revelado también por el resto de seguidores de cirugía temprana no hubo diferencia de estancia hospitalaria entre los tres grupos estudiados.

Ranson recomienda cirugía temprana, sólo en caso de duda diagnóstica (13) para descartar otras patologías que ameriten resolución quirúrgica, como úlcera péptica perforada, trombosis mesentérica, etc. y señala una gran diferencia de complicaciones entre la cirugía temprana y la tardía. El inconveniente principal que reporta Ranson (3) es la importante asociación de cirugía temprana con sepsis intraabdominal; en el presente estudio, aunque la morbilidad no mostró diferencia estadísticamente significativa entre los tres grupos, la sepsis intraabdominal fué la causa del 50% de las complicaciones dentro del grupo de cirugía temprana; en cambio esta complicación no se presentó en el grupo de cirugía tardía. Además la sepsis intraabdominal ocupó el 84% de las causas de mortalidad en el grupo de cirugía temprana.

Ranson también señala la tendencia a utilizar procedimientos quirúrgicos menos agresivos, limitando éste sólo a la corrección de la patología biliar que le dió origen y reservando los procedimientos sobre el páncreas para casos de complicaciones locales. En nuestro estudio, dentro del grupo de cirugía temprana, de 14 complicaciones registradas, en 11 enfermos se había realizado el procedimiento de Lawson; además dentro del grupo II a uno de los dos

pacientes complicados, se le agregó gastrostomía desarrollando posteriormente una fístula gastrocutánea. Dentro del estudio de Ranson en 1974 que menciona grandes complicaciones con cirugía temprana, comenta que se utilizaban procedimientos muy extensos, como gastrostomía, yeyunostomía para alimentación y drenajes peri y retropancreáticos-agregados al procedimiento sobre la vía biliar, lo que originó el desuso de la cirugía temprana por algunos grupos de autores.

En lo que respecta al grupo III del presente estudio, al no mejorar ni la morbilidad, ni la mortalidad, ni disminuir la estancia hospitalaria con el manejo del paciente en dos estancias hospitalarias, considero que esta conducta debe ser abandonada con el fin de eliminar molestias al enfermo con un segundo internamiento, disminuir costos y trámites de ingreso y evitar la posible pérdida del paciente, sin la corrección quirúrgica definitiva del problema que le dió origen a la pancreatitis.

CONCLUSIONES:

No tiene influencia en lo que respecta a morbilidad, mortalidad y estancia hospitalaria el momento de operar a los pacientes con pancreatitis aguda edematosa para corrección de la patología biliar que le dió origen.

Más que el momento de operar, tiene mayor influencia sobre las anteriores variables el tipo de procedimiento quirúrgico empleado, de tal manera que entre mas extenso y --- agresivo sea éste, mayor es el número de complicaciones. -- Así siendo la patología biliar la única causa de pancreatitis, el procedimiento quirúrgico debe limitarse exclusivamente a la corrección del problema biliar, independientemente del momento quirúrgico en que se realice, evitando procedimientos agregados, como gastrostomías, yeyunostomías y colocación de drenajes sobre el páncreas, cuando no existen complicaciones locales que lo ameriten.

Por último, considero que se debe evitar el manejo del paciente en dos estancias hospitalarias, con el fin de evitar incomodidades y trámites de nuevo ingreso al enfermo y a la Institución, ya que esta conducta no altera las complicaciones, ni la mortalidad de la pancreatitis aguda edematosa de origen biliar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Lawson, D.W. Surgical treatment of acute pancreatitis necrotizing. Ann. Surg. 172; 4; 1970.
2. Escorrou, J. Pancreatitis y cancer del páncreas. I.N.N.-S.Z. 1984.
3. Ranson, H.C. Conservative surgical, treatment of acute pancreatitis. World J. Surg. 5; 351; 1981.
4. Hollender, L.F. Role of surgery in the treatment of acute pancreatitis. World J. Surg. 3; 361; 1981.
5. Alexandre, J.H. Averieri, M.T. Role of pancreatectomy - in the management of necrotizing pancreatitis. World J. Surg. 5; 369; 1981.
6. Ranson, H.C. Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis. Surg. Gyn Obst. 139; -1974.
7. Ranson, H.C. Prognostic signs and nonoperative peritoneal lavage in acute pancreatitis. Surg. Gyn. Obst. 143 1976.
8. Acosta, J.M. Pellegrini, C.A. Etiology and pathogenesis of acute biliary pancreatitis. Surgery. 88; 118; 1980.
9. Mercer, L.C. Early surgery for biliary pancreatitis. -- Am. J. Surg. 148; 1984.
10. Stone, H.H. Gallstone pancreatitis. Ann. Surg. 194; 3; 1981.
11. Kim, U. Sheth, M. Optimal timing of surgical intervention in patient with acute pancreatitis associated --- with cholelithiasis. Surg. Gyn Obst. 150; 1980.
12. Frei, G.J. Biliary pancreatitis. Am. J. Surg. 151; --- 1986.
13. Ranson, H.C. Pancreatitis aguda ¿ en qué nivel nos encontramos ? Clín. Quirúr. de N.A. 1981