

105-11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES DE POSTGRADO
HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PEMEX

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR
¿ CUANDO OPERAR ?

FALLA DE ORIGEN

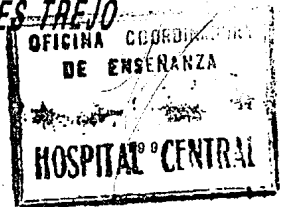
TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título de:

CIRUJANO GENERAL

PRESENTA:

ANTONIO TORRES TREJO



MEXICO, D.F.



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 está 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.

TEMA:

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS
BILIAR.

¿ CUANDO OPERAR ?



PETROLEOS MEXICANOS
SUBDIRECCION TECNICA ADMINISTRATIVA
GERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS

HOSPITAL CENTRAL DE CONCENTRACION NACIONAL
OFICINA COORDINADORA DE ENFERANZA

México, D.F. a 15 de Enero de 1991.

Comité de Investigación
Presidente:
Dr. Jesús Díaz Torres
Secretario:
Dr. Carlos Pérez Galiardo
Coordinador General:
Dr. Fernando Romero Fernández
Vocales:
Dr. Rogelio Espinosa López
Dr. Manuel Marañón Sepúlveda
Dr. Francisco Venegas Páez
Dr. Miguel Ángel Maldonado

DR. ANTONIO TORRES TREJO
RESIDENTE DEL 3er. Año.
DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.
P R E S E N T E.

Estimado Dr. Torres Trejo.

Nos es grato informarle que su Protocolo de Investigación " TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR " ¿ CUANDO OPERAR ? "ha sido aprobado.

A T E N T A M E N T E.

DR. FERNANDO ROMERO FERNANDEZ
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL CENTRAL NORTE PEMEX.



ASOCIACION MEXICANA DE CIRUGIA GENERAL, A.C.

Avenida Veracruz No. 93, Col. Condesa, 06140 México, D.F. Tel. 256-30-12

3 de noviembre de 1990

DIRECTIVA 1990

DR. JOSE FENIG RODRIGUEZ
Presidente

DR. LUIS DE LA VEGA
Vicepresidente

DR. JORGE PEREZ CASTRO Y VAZQUEZ
Secretario

DR. JESUS TARIA JURADO
Prosecretario

DR. LORENZO DE LA GARZA VILASENOR
Tesorero

DR. LUIS ALEJANDRO WEBER SANCHEZ
Protesorero

COMITE CIENTIFICO

DR. JOSE BALTIMATA O FARRIL
DR. VICTOR MANUEL ARRIBARRIENA ARAGON
DR. RAFAEL PADILLA LONGORIA

COMITE DE RELACIONES PUBLICAS

DR. FELIPE ROBLEDO OGAZON
DR. ALBERTO HOLM CORCO
DR. ENRIQUE MEDINA GONZALEZ

VOCALES

DR. JOSE RAYMONDO MANZANO TROVAMALA
DR. RAMON GONZALEZ MARTINEZ
DR. ERNESTO ALONSO AYALA LOPEZ S

VOCALES REGIONALES

DR. ARMANDO MELERO VELA (MORELIA)
DR. GERARDO SALDANA (MORELIA)
DR. VICTOR MANUEL HERRANDEZ C. (MORELIA)
DR. RAFAEL REYES BUENO (MORELIA)
DR. ENRIQUE ESQUINCA ISUN
DR. HUMBERTO ARENAS MARQUEZ (OCCIDENTE)

COMITE EDITORIAL

DR. ALFONSO MORALES ZUJIGA
DR. FERNANDO QUIJANO ORIVANANOS
DR. GUILLERMO LEON LOPEZ

COMITE LOCAL

PUEBLA, PUE.

DR. ALBERTO GOMEZ GARCIA
DR. ERNESTO MACIE GARRA
DR. AUGUSTO PASCUAL ESCOTO
DR. MANUEL DEL SARDOSA

DRES. FERNANDO AZCOITIA MORILLA
ANTONIO TORRES TREJO
P R E S E N T E

Estimados Doctores:

La Mesa Directiva de la Asociación Mexicana de Cirugía General, agradece su valiosa colaboración como Ponente en la:

SESION DE TRABAJOS LIBRES

que se efectuó durante el desarrollo del XIV CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA que se llevó a cabo del 31 de octubre al 3 de noviembre de 1990 en la Ciudad de Puebla, Puebla.

La presentación de su trabajo:

- TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR.
¿CUANDO OPERAR?

contribuyó al éxito del evento esperamos poder contar nuevamente con su participación.

Atentamente

DR. JOSE FENIG RODRIGUEZ
Presidente

DR. JORGE A. PEREZ CASTRO
Secretario



XIV CONGRESO DEL 29 DE OCTUBRE AL 3 DE NOVIEMBRE 1990
PUEBLA, PUE.

I N D I C E

	Pag.
Resumen.....	1
Introducción.....	3
Material.....	6
Método.....	9
Resultados.....	16
Discusión.....	32
Conclusiones.....	37
Bibliografía.....	38

RESUMEN:

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR.

¿Cuándo operar ?

Dr. Antonio Torres Trejo.
Cirugía General.

Hospital Central Norte de Concentración Nacional de Petróleos Mexicanos.

El presente trabajo analiza el resultado del manejo quirúrgico temprano de la pancreatitis de origen biliar, contra la cirugía retrasada, es decir pasadas las 48 horas iniciales, cuando la hiperamilasemia ha remitido, pero durante el mismo primer internamiento hospitalario.

Se revisaron los expedientes de 29 pacientes con pancreatitis de origen biliar manejados en el servicio de Cirugía General -- del Hospital Central Norte de Concentración Nacional de Pemex, en la ciudad de México, D.F., del 1/o de enero de 1989 al 1/o de junio de 1990. Se excluyeron del estudio pacientes con otras causas de -- pancreatitis, o aquellos entos quienes demostró litiasis biliar. Se dividieron en 2 grupos. Grupo I, donde la cirugía se realizó en forma temprana (en las primeras 48 horas), incluye 12 pacientes. Grupo II, donde la cirugía se retrasó, que incluyó a 17 pacientes.

Los grupos fueron similares en cuanto al grado de riesgo, ya que el promedio de edad fue 45.4 años para el grupo I y de 50.2 -- años para el grupo II. Igualmente, el 50% de los pacientes del grupo I tuvieron enfermedades asociadas, contra el 47.05% de los casos del grupo II. La media de amilasas séricas y urinaria fue de --- 1203.45 U/l y 4127.09 U/l.. respectivamente, para el segundo, final

mente los criterios de Ranson fueron 2.91 para cada paciente del -- grupo I y de 2.64 para el grupo II.

A todos los pacientes se les efectuó Ultrasonografía de las vías biliares y páncreas, así como determinación de la amilasa sérica y urinaria, realizandose el diagnóstico correcto preoperatorio en 28, de los 29 pacientes, solo uno se diagnóstico durante la laparatomía.

De los 12 pacientes del grupo I requirieron 21 operaciones en total, es decir, 1.7 cirugías por paciente, debido a que dos de -- ellos fueron intervenidos 4 y 5 ocasiones respectivamente. En el - grupo II no hubo reintervenciones. El manejo inicial para los pa---cientes de ambos grupos fué colecistectomía, exploración radiológica o armada de las vías biliares y colocación de sonda "T", en la - mayoría de los casos, se demostraron cálculos enclavados en la ampolla de Vater en 3 pacientes del grupo I y en 4 del grupo II. La estancia hospitalaria promedio fué de 11.25 días para el grupo I y -- para el grupo II. La mayoría fué de 33.3% contra el 17.64% para los grupos I y II respectivamente, y la mortalidad fué de 16.6 (2 de -- los casos) para el grupo I y del 5.8% (1 de los 17 casos) del grupo II.

Concluimos que el manejo quirúrgico de la pancreatitis de origen biliar debe ser realizado durante el mismo internamiento hospitalario, pero debe ser retrasado hasta que hayan transcurrido 48 - horas, iniciales, tiempo en que se deberán de manejarse los problemas médicos del paciente, mejorar sus condiciones generales y remitir la hiperamilasemia.

INTRODUCCION:

El término pancreatitis se usa para describir una inflamación pancreática cuya evolución clínica puede variar de los síntomas -- crónicos leves durante muchos años, al deterioro rápido y la muerte en el lapso de pocas horas o días; puede tener causas muy diversas y alteraciones anatomopatológicas que varían desde el simple -- edema hasta la necrosis.

En los últimos 400 años, se ha descrito en la literatura médica ejemplos de la inflamación pancreática, pero éste problema se -- consideró extremadamente raro hasta fines del siglo XIX. En 1889 Reginal Fitz, reunió 17 casos de "Pancreatitis hemorrágica", 21 casos de "Pancreatitis supurativa" y 15 casos de "Pancreatitis gangrenosa" llevó a cabo un análisis detallado de la información clínica y anatomopatológica disponible.

Casi todos estos pacientes se diagnosticaron basándose en ha-- llazgos de necropsia, pero se proporcionó una descripción valiosa de la evolución de la pancreatitis aguda mortal. Desde esta revisión el uso más amplio de laparatomía exploradora diagnóstica y la intro---- ducción de las mediciones de las concentraciones amilasa sérica y - urinaria, han permitido el diagnóstico más frecuente de la pancrea-- titis, estudiar las formas no mortales de esta enfermedad. La pan-- creatitis ya no se considera rara, si no por el contrario tiende a - ser más frecuente. Su tratamiento clínico es aún motivo de contro-- versia a pesar de los estudios de las dos últimas décadas.

Esta bien establecido que la enfermedad calculosa del tracto - biliar es una de las causas de pancreatitis aguda y que la corrección

quirúrgica de la enfermedad raramente va seguida de recurrencia de la pancreatitis. En nuestro medio la pancreatitis de origen biliar sigue siendo la más frecuente en un 75% seguida de la ingesta abundante de bebidas alcohólicas y alimentos.

Otras causas de pancreatitis son la hiperlipidemias, úlcera péptica, pancreatitis postoperatoria, colangiografía endoscópica retrógrada, drogas (tiacidas, esteroides), hipercalcemia, infecciones virales, veneno de escorpión, factores hereditarios, etc.

Existen controversias en cuanto al manejo de la pancreatitis biliar; cuándo realizar manejo quirúrgico y qué operación efectuar. En el pasado se recomendaba que la intervención quirúrgica para la corrección de la colelitiasis se realizaría después de un periodo de 6 semanas a 3 meses, pasado el episodio de la pancreatitis, significando un riesgo de recurrencias de la enfermedad en un 25% a 63%. En los pasados 15 años se optó por el manejo quirúrgico temprano.

Dadas las experiencias sufridas antes, este manejo se llevó a cabo con el fin de limitar la severidad de la inflamación pancreática o la extensión de la patogénesis o de sus complicaciones. Estos procedimientos fueron: drenaje pancreático, resección pancreática o debridación, procedimientos biliares, lavado peritoneal y drenaje del conducto torácico, obteniéndose con estos procedimientos una morbi-mortalidad operatoria alta.

Actualmente se propone como la mejor opción terapéutica, el manejo quirúrgico ni tan temprano ni tan tardío como las opciones anteriores, si no que durante el mismo internamiento se lleve a cabo la intervención quirúrgica en forma semielectiva.

OBJETIVO PRIMARIO:

Establecer cuál es el momento más oportuno para interrumpir la patología de la pancreatitis biliar mediante el acto quirúrgico.

OBJETIVO SECUNDARIO:

Demostrar que el tratamiento médico de primera instancia, hasta lograr la remisión del cuadro agudo, posteriormente interrumpir quirúrgicamente el factor causal (Colecistolitiasis o Coledocolitiasis), durante el mismo internamiento, es la mejor opción terapéutica disminuyendo así la morbi-mortalidad; logrando disminución de costos de tratamiento por internamiento debidos a recurrencias de la pancreatitis.

Unificando criterios de manejo entre los cirujanos de nuestro Hospital.

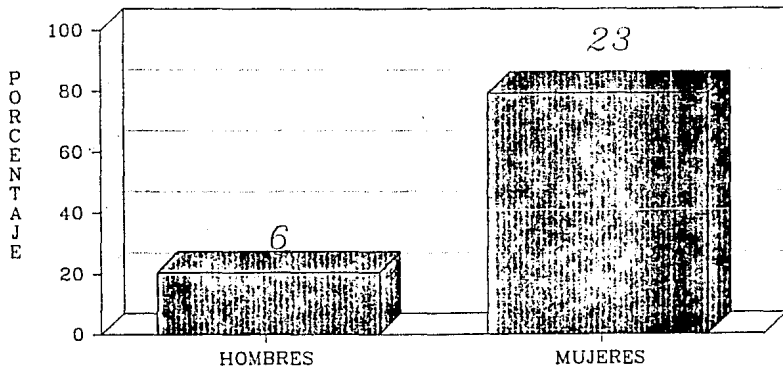
MATERIAL:

En el servicio de Cirugía General del Hospital Central Norte de Concentración Nacional de Petróleos Mexicanos, en la Ciudad de México, Distrito Federal se revisaron los expedientes de 29 pacientes consecutivos que presentaron pancreatitis originada por litiasis vesicular y/o de las vías biliares y que fueron sometidos a cirugía, en el periodo comprendido del 1/o de enero de 1988 a 1/o de junio de 1990, es decir durante 30 meses.

Se excluyeron del estudio aquellos pacientes con pancreatitis de otra etiología, o aquellos en los que no se demostró litiasis biliar. durante la cirugía, se descartaron igualmente los pacientes, cuyo seguimiento no pudo llevarse a cabo, en forma adecuada.

Se trataron de 23 pacientes del sexo femenino y 6 del sexo masculino (figura 1), cuyas edades iban de 19 a 87 años, con una media de 48.4 años y una mediana de 46 años, (figura 2).

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR FRECUENCIA POR SEXO



RELACION FEM:MASC= 3.8:1

CIRUGIA GENERAL

PENEX

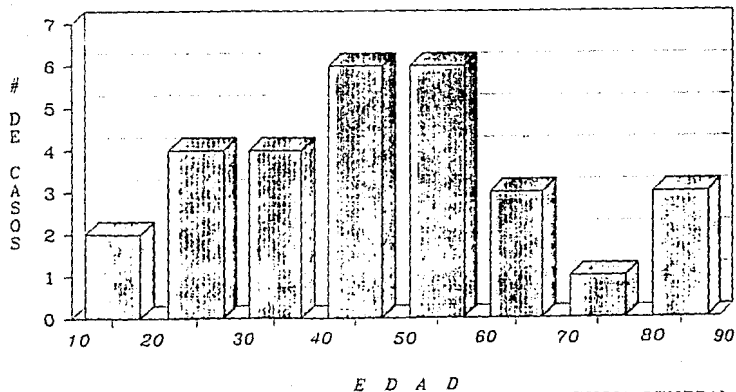
Figura 1

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR

DISTRIBUCION POR EDAD

RANGO : 19 a 87 años

$\bar{X} = 48.4$ AÑOS



CIRUGIA GENERAL
PEMEX

Figura 2

METODO:

Se trató de un estudio retrospectivo, observacional, comparativo y transversal. El análisis estadístico se realizó mediante la T de Student, con ayuda de una computadora tipo PC-CACHE VERSION - - 4.3 640 kb y el paquete estadístico SPSS.

Los pacientes fueron captados por primera vez, en la sala de urgencias de nuestro hospital, donde mediante datos clínicos, de laboratorio y gabinete se estableció el diagnóstico de pancreatitis de etiología biliar, en los 28 de los 29 pacientes (96.5%). Una vez realizado el internamiento hospitalario fueron establecidos los criterios pronósticos de Ranson y manejados de acuerdo al criterio del cirujano en turno y a la severidad del cuadro de la pancreatitis, unos en forma conservadora (cirugía semielectiva) y otros de manera más agresiva (cirugía temprana).

Los pacientes se dividieron en dos grupos de acuerdo a la forma en que fueron manejados (figura 3). En el grupo I, fueron pacientes que se operaron en forma agresiva, es decir mediante cirugía dentro de las primeras 48 horas, de su ingreso, en este grupo se incluyeron 12 pacientes, 41.3%; de estos, 8 casos del sexo femenino y 4 del sexo masculino (figura 4). El grupo II, fué manejado quirúrgicamente en forma tardía, es decir los pacientes fueron manejados médicamente de primera instancia con medidas conservadoras hasta lograr el control de las enfermedades asociadas, y mejorar sus condiciones generales, una vez lograda la remisión del cuadro pancreático por clínica y por laboratorio (figura 5). El acto quirúrgico se llevó a cabo en forma semielectiva pasadas las 48 horas de su ingreso, este grupo incluyó 17 pacientes 58.6% de la serie.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE
LA PANCREATITIS BILIAR
DISTRIBUCION POR GRUPOS

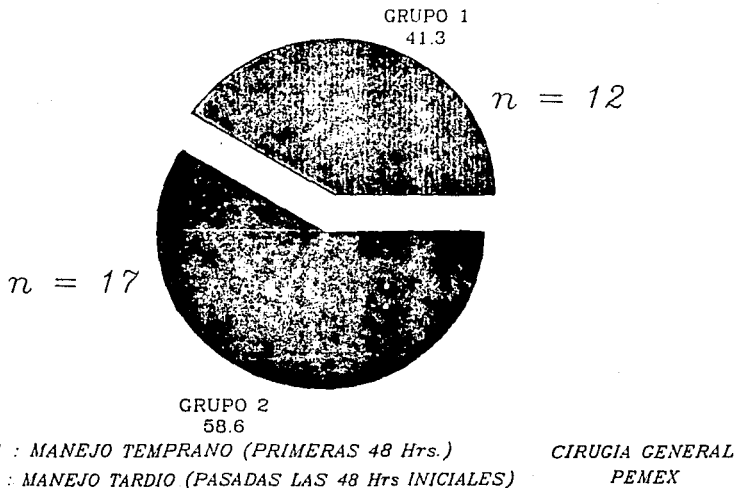
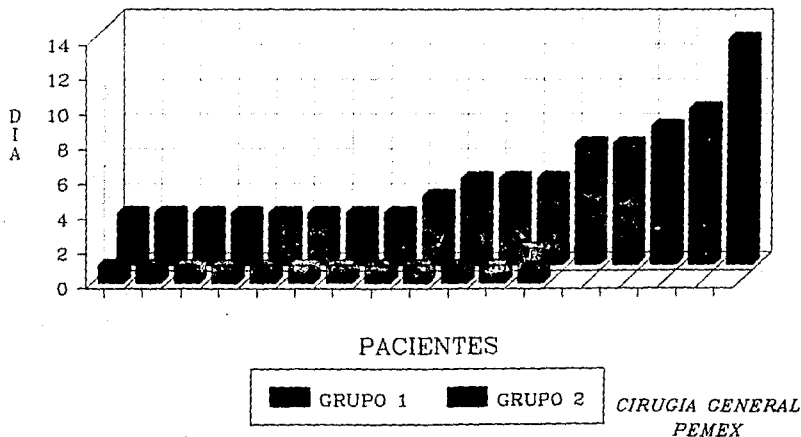


Figura 3

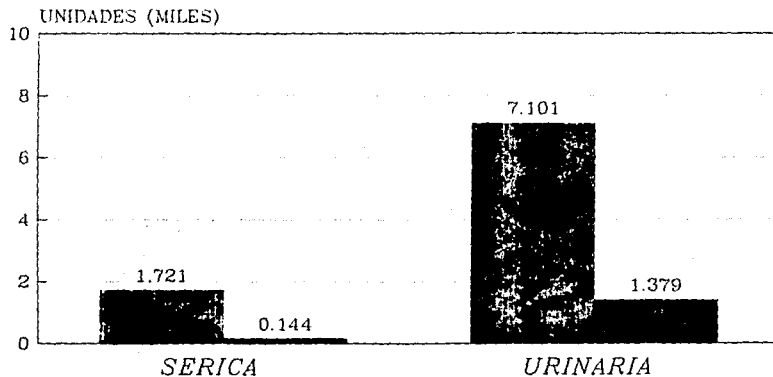
TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR



PERIODO ENTRE INGRESO/OPERACION

Figura 4

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR



■ INGRESO ■ PREOPERATORIA

VALORES DE AMILASA EN EL GRUPO 2

CIRUGIA GENERAL
PEMEX

Figura 5

El diagnóstico se realizó mediante clínica, laboratorio y gabinete, el cuadro clínico fué dolor en epigastrio en 20 casos, mesogastrio en 6, hipocondrio derecho en 6, difuso en 1 y en hipogastrio -- otro, hubo náuseas en 14 pacientes, vómito en 17, síndrome icterico en 10 pacientes, sólo un caso presentó fiebre, las pruebas de laboratorio realizadas incluyeron; análisis de rutina, biometría hemática, química sanguínea y general de orina, pruebas de coagulación y prueba de Elisa (VIH), en todos los pacientes.

Además se realizaron determinaciones de amilasa sérica y urinaria seriadas, en los 29 pacientes, igualmente determinaciones de -- pruebas funcionales hepáticas y gasometría arterial, los exámenes de gabinete fueron: Ultrasonografía hepatobiliar en los 29 pacientes y Tomografía axial de abdomen en 2 casos, finalmente se realizó laparotomía diagnóstica en un caso, Tabla I.

Las medidas primarias de manejo en nuestro servicio son; ayuno reposición de líquidos y electrolitos, succión nasogastrica, aplicación de antibióticos en algunos casos, control del equilibrio ácido-base y valoración integral del paciente; cardiológica, renal, respiratorio y hepática.

Las operaciones realizadas más frecuentes fueron: colecistectomía en 28 pacientes, exploración de vías biliares en 17, coledocostomía por sonda "T" en todos ellos, otros métodos menos frecuentes fueron: colangiografía transoperatoria, necrosectomía, drenaje con lavado de abscesos de diferentes localizaciones, la pancreatetectomía subtotal, etc.

Una vez realizada la cirugía y de acuerdo a la severidad de la pancreatitis (Tabla II), y al deterioro de las condiciones del paciente, una vez establecido el pronóstico mediante los parámetros de Ranson se valoró la instalación de medidas de apoyo como fué: Nutrición parenteral y el manejo intensivo por la Unidad de Cuidados Intensivos.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

PROCEDIMIENTO	# CASOS	POSITIVO	% CERTEZA
ULTRASONIDO	29	12	41.3
BIOQUIMICO	29	28	96.5
TOMOGRAFIA COMPUTADA	2	2	100.00
LAPAROTOMIA	1	1	100.00

CIRUGIA GENERAL

PEÑEX

Tabla I

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR

CLASIFICACION POR GRADO DE SEVERIDAD

GRADO	CASOS	%
PANCREATITIS EDEMATOSA	21 / 29	72.40 %
PANCREATITIS EDEMATOSA C/ ZONAS DE HEMORRAGIA	3 / 29	10.34 %
PANCREATITIS EDEMATOSA C/ ZONAS DE NECROSIS	2 / 29	6.89 %
PANCREATITIS NECROTICO HEMORRAGICA	3 / 29	10.34 %
		27.5 %

CIRUGIA GENERAL

PEDEX

Tabla II

RESULTADOS:

Como se señaló en el grupo I se llevó a cabo la cirugía temprana, en las primeras 48 horas de su ingreso e incluyó a 12 pacientes de los 29; de estos 4 masculinos y 8 femeninos, con edades de 28 a - 76 años, con una media de 45.4 años. Los criterios de Ranson para - este grupo fueron de : 2.91 ± 2.05 , la amilasa sérica fué de ---- 1203.45 U/l y la amilasa urinaria de 4127.09 U/l por paciente.

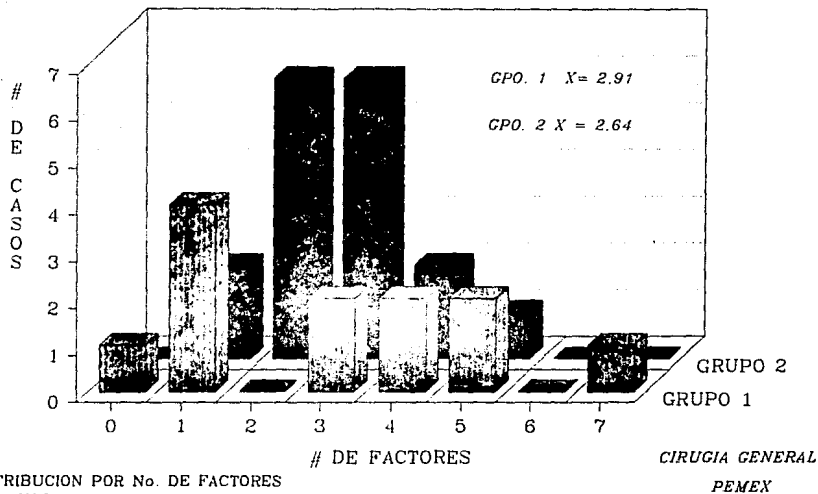
Se presentaron enfermedades asociadas en 6 de estos 12 pacientes (50%), las cuales fueron: hipertensión arterial sistémica en 4, - enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 2, obesidad en 2, diabe--tes mellitus, litiasis renal, hepatitis crónica en uno respectivamen--te.

El grupo II, es decir el de aquellos pacientes operados en el - mismo internamiento pero pasadas las 48 horas iniciales, consistió - de 17 pacientes, 15 femeninos y 2 masculinos, con edades de 19 a 87 años, con media de 50.2 años. Los criterios de Ranson fueron 2.69 ± 1.02 ; la amilasa sérica promedio de 1721.41 U/l por paciente y - la amilasa urinaria fue de 7101 U/l.

En este grupo presentaron enfermedades asociadas 8 de los 17 - casos es decir el 47.05%, siendo las principales; hipertensión ar--terial sistémica en 4, enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 3, cardiopatía arterioesclerosa en 3, cardiopatía isquémica en 2, blo--queo A-V en 2, diabetes mellitus, bocio multinodular, enfermedad neo--plásica, síndrome extrapiramidal en un caso, respectivamente.

Para establecer que ambos grupos fueron comparativos, se esta--bleció la valoración integral de la edad, enfermedades asociadas, - criterios de Ranson, (figura 6) amilasa sérica (figura 7) y urinaria (figura 8), no encontrando diferencias estadísticamente significati--va para estos valores en ambos grupos, Tabla III.

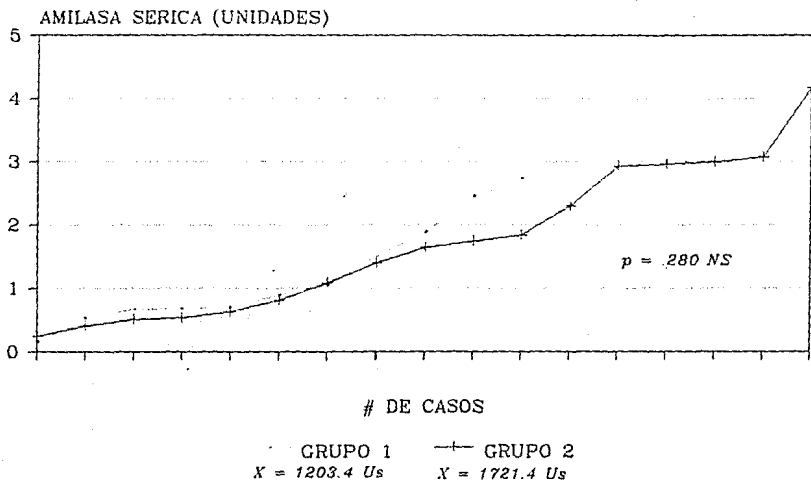
TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR



DISTRIBUCION POR No. DE FACTORES DE RANSON

Figura 6

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR

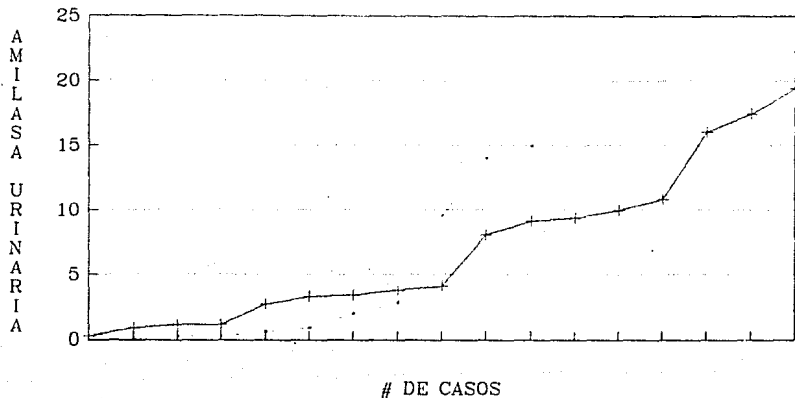


DISTRIBUCION DE VALORES DE
AMILASA SERICA

CIRUGIA GENERAL
PEMEX

Figura 7

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR



GRUPO 1

GRUPO 2

$X = 4127.0 \text{ U/l}$

$X = 7101.0 \text{ U/l}$

DISTRIBUCION DE VALORES
DE AMILASA URINARIA (U/l)

CIRUGIA GENERAL
PEMEX

Figura 8

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR

TABLA COMPARATIVA DE LOS FACTORES DE RIESGO

FACTOR DE RIESGO	GRUPO 1	GRUPO 2
	n = 12	n = 17
EDAD (AÑOS)	X = 45.4 ± 12	X = 58.2 ± 22
ENFERMEDADES ASOCIADAS	6/12 (50 %)	8/17 (47 %)
CRITERIOS DE RANSON	X = 2.91	X = 2.64
AMILASA SERICA (U)	X = 1283.4	X = 1721.4
AMILASA URINARIA (U/l)	X = 4127	X = 7181

CIRUGIA GENERAL

PENEX

Tabla III

En lo que respecta a las operaciones realizadas, para el grupo I: fueron colecistectomía en 11 pacientes, necrosectomías en 8.- exploración armada de la vía biliar en 8, drenaje y lavado retroperitoneal en 3, drenaje subfrénico en 2, colangiografía transcística pancreatctomia subtotal, esplenectomía, drenaje de absceso pancreático, cierre primario de colon y colostomía en un caso respectivamente.

Para el grupo II: las operaciones fueron, colecistectomías en 17 pacientes, exploración armada de las vías biliares en 9 (52.9%) con coledocostomías son sonda "T", Tabla IV.

Otros procedimientos fueron: Colangiografía transcística y - drenaje e irrigación retroperitoneal en 2 casos respectivamente, va gotomía con piloroplastia y drenaje de absceso subhepático en un ca so respectivamente.

De los 12 pacientes del grupo I: Dos tuvieron que ser reinter venidos, con una tasa de reintervención 16.6%, el primer paciente - tuvo una pancreatitis necrótico-hemorrágica en el 90% del páncreas y 5 signos pronósticos de Ranson, desarrolló absceso peripancreático y subfrénico con perforación del colon y sépsis abdominal, pre sentó falla orgánica múltiple, por insuficiencia cardíaca, renal, - respiratoria y hepática, falleciendo en choque séptico, el 16avo., día de postoperatorio.

El otro paciente presentó igualmente pancreatitis necrótico-hemorrágica en el 100% del páncreas, con 7 criterios de Ranson, des-- pués de operado desarrolló fístula biliar, absceso subfrénico, pos teriormente perforación del colon, síndrome respiratorio pulmonar -

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR

OPERACIONES REALIZADAS

C I R U G I A	G R U P O 1	G R U P O 2
COLECISTECTOMIA	11 (91.6 %)	17 (100.0 %)
EXPLORACION DE VIAS BILIARES	8 (66.6 %)	9 (52.9 %)
COLEDOCOSTOMIA C/ SONDA T	7 (58.3 %)	9 (52.9 %)
NECROSECTOMIA	8 (66.6 %)	2 (11.7 %)
DRENAJE RETROPERITONEAL	3 (25.0 %)	2 (11.7 %)
OTROS	8	2
TOTAL	45 X = 3.75	41 X = 2.41

CIRUGIA GENERAL

PEMEX

Tabla IV

del adulto, falla orgánica múltiple, con insuficiencia renal, cardíaca, respiratoria y hepática, falleciendo en choque séptico al--45avo día de postoperatorio.

De los 17 pacientes del grupo II ninguno tuvo que ser intervenido por lo que la tasa de reintervención fué 0%, Tabla V. La estancia hospitalaria fué de 11.25 por paciente del grupo I y de 11.7 --días para el grupo II.

En el grupo I; 4 pacientes se complicaron con una tasa de morbilidad de 33.3% y como se señaló, 2 de ellos fallecieron con una mortalidad de 16.6%. Del grupo II se complicaron 3, con morbilidad de 17.64%, uno de ellos falleció por lo que la tasa de mortalidad --fué de 5.8 %, Tabla VI y figura 9 y 10.

En las Tablas VII y VIII, se señalan las complicaciones que --presentaron cada uno de los pacientes 1 y 2, respectivamente señalando el tipo de pancreatitis que tuvieron y el número de factores pronósticos de Ranson que reunió cada paciente en particular.

Los diagnósticos finales demuestran en la Tabla IX, como se --puede observar, un mayor número de formas graves entre los pacientes del grupo I, pero el análisis estadístico no reveló diferencia entre ambos grupos.

En cuanto a la extensión del daño pancreático en el grupo I; se localizó exclusivamente en 6 pacientes, cabeza y cuerpo en 2 --pacientes y toda la extensión en 4 casos. En el grupo II, la pancreatitis se localizó en la cabeza en 2 casos, cabeza y cuerpo en 2 y en toda su extensión en 3, Tabla X. Tampoco hubo diferencia esta--dísticamente significativa en ambos grupos comparativos.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR

TABLA COMPARATIVA SOBRE LAS CIRUGIAS EFECTUADAS

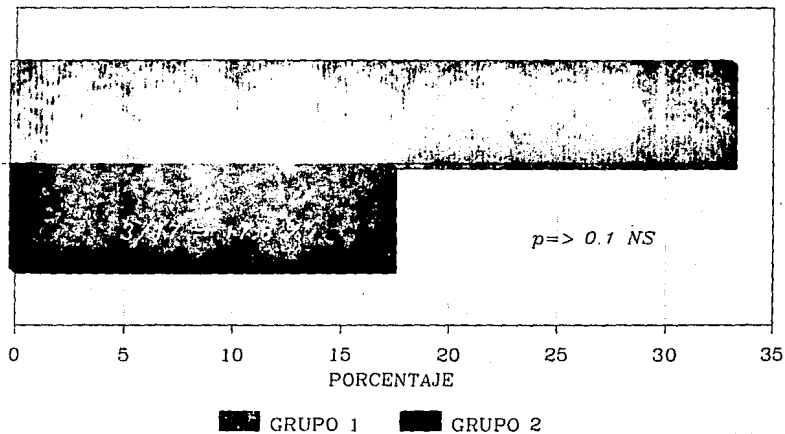
TIPO	GRUPO 1 n=12	GRUPO 2 n=17
OPERACION	12	17
REINTERVENCION	9 (2 PACIENTES)	8
TOTAL DE CIRUGIAS	21	17
CIRUGIAS POR PACIENTE	1.7	1.0
% REINTERVENCION	16.6	8.8

CIRUGIA GENERAL

PEDEX

Tabla V

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR MORBILIDAD

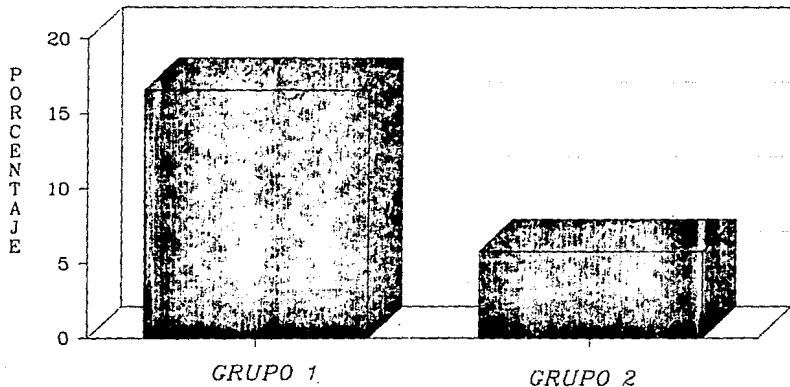


CIRUGIA GENERAL
PEMEX

Figura 9

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR

MORTALIDAD



CIRUGIA GENERAL
PEMEX

Figura 10

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR

RESULTADOS COMPARATIVOS

	GRUPO 1	GRUPO 2	SIGNIFICANCIA
REINTERVENCION	2/12 (16.6%)	8/17 (47.1%)	P= (8.1)
MORBILIDAD	4/12 (33.3%)	3/17 (17.6%)	NS
MORTALIDAD	2/12 (16.6%)	1/17 (5.8%)	NS
ESTANCIA HOSPITALARIA (DIAS)	11.25	11.7	NS

CIRUGIA GENERAL

PENEX

Tabla VI

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR

MORBI-MORTALIDAD DE LOS PACIENTES DEL GRUPO 1

#	COMPLICACION	DIAGNOSTICO	Jan 50%	EVOLUCION
1	DESCONTROL METABOLICO. INFECCION DE LA IN	EDEMATOSA CON ZONAS DE NECROSIS	4	ALTA AL 18° DIA
2	INSUFICIENCIA RENAL, CARDIACA Y RESPIRATORIA. DIABETES SECUNDARIA	EDEMATOSA CON ZONAS DE HEMO- RRAJIA	4	ALTA AL 14° DIA
3	PERFORACION DE COLON. ABSCESO PERIPANCREATICO Y SUBFRENICO. INSUFICIENCIA RENAL, CARDIACA, HEPA- TICA Y RESPIRATORIA. FOM. CHOQUE SEPTICO	NECROHEMORRAGICA EN EL 98%	5	DEFUNCION AL 16° DIA
4	FISTULA BILIAR. PERFORACION DE COLON, ABSCESO SUBFRENICO. SIRPA. INSUFICIENCIA RENAL, RESPIRA- TORIA, CARDIACA, HEPATICA. FOM. CHOQUE SEPTICO	NECROHEMORRAGICA EN EL 100%	7	DEFUNCION AL 45° DIA

CIRUGIA GENERAL

PENEX

Tabla VII

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR

MORBI-MORTALIDAD DE LOS PACIENTES DEL GRUPO 2

N	COMPLICACION	DIAGNOSTICO	DIA SON	EVOLUCION
1	ACIDOSIS METABOLICA. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	EDEMATOSA	3	ALTA AL 12° DIA
2	LITIASIS RESIDUAL DEL COLEDOCO. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.	NECROHEMORRAGICA EN EL 90 x	3	ALTA AL 28° DIA
3	NEUMONIA. SEPSIS PULMONAR. FALLA RENAL, METABOLICA, CARDIACA Y RESPIRATORIA. FOM.	EDEMATOSA	3	DEFUNCION AL 18° DIA

CIRUGIA GENERAL

PEMEX

Tabla VIII

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR

DIAGNOSTICO OPERATORIO POR GRUPO DE PACIENTES

DIAGNOSTICO	GRUPO 1	GRUPO 2
COLECISTITIS LITIASICA	11	17
PANCREATITIS	12	17
EDEMATOSA	7	14
NECROMEMORRAGICA	2	1
EDEMATOSA C/ZONAS DE HEMORRAGIA	2	2
EDEMATOSA C/ZONAS DE NECROSIS	1	1
COLEDOCOLITIASIS	3	4
ASCITIS PANCREATICA	4	3
ABSCESO SUBCAPSICO	8	1

CIRUGIA GENERAL

PEMEX

Tabla IX

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS BILIAR

DIAGNOSTICO OPERATORIO DE PANCREATITIS DE ACUERDO A SU EXTENSION

EXTENSION	GRUPO 1	GRUPO 2
CABEZA	6	12
CABEZA Y CUERPO	2	2
TODA SU EXTENSION	4	3

CIRUGIA GENERAL

PEMEX

Tabla X

DISCUSION

El tratamiento de la pancreatitis de origen biliar continúa - siendo controversial hasta la fecha. En general, las medidas quirúrgicas establecidas para los pacientes con pancreatitis de cualquier etiología obedecen a diferentes propósitos, tales como establecer - el diagnóstico, aminorar la pancreatitis, corregir las complicaciones y prevenir un nuevo episodio de pancreatitis (21).

Es conocido que entre los pacientes no alcohólicos que desarrollan pancreatitis aguda, entre el 60% y 65% tienen litiasis biliar (2,3,19).

Esta asociación entre enfermedad litiasica de la vía biliar - y pancreatitis aguda, fué reconocida desde 1901 por Opie en su reporte clásico en donde describe dos pacientes que habían fallecido por pancreatitis aguda y que en la necropsia se encontraron litos - impactados en el coledoco distal. Reportes más recientes, entre los cuales destacan los de Acosta y colaboradores, señalan el hallazgo de litos enclavados en la ampulla de Vater en el 72% de los casos de pancreatitis aguda, al momento de la cirugía (1,2).

Igualmente, son interesantes los trabajos de Kelly y colaboradores, en donde establece entre 172 pacientes, un grupo de 134 casos que fueron operados durante la admisión hospitalaria inicial, - pero hasta que la pancreatitis dió muestras de remisión, habiendo - encontrado en el estudio de las heces fecales del 86% de ellos, los litos que habían migrado al intestino, por sólo un 5% de los casos en que los litos continuaron impactados en la ampolla de Vater, al momento de la cirugía (12,13,14).

Respecto a la manera en que los litos en las vías biliares - pueden desencadenar un ataque agudo de pancreatitis se han establecido diferentes teorías que no han podido ser confirmadas en su totalidad.

Sin embargo, la obstrucción del ducto pancreático, y la hipertensión consecuente a este nivel ha sido denominador común en los modelos experimentales de pancreatitis. Además, se ha podido demostrar que la activación intra-acinar de enzimas digestivas juega un papel importante en las fases tempranas de la enfermedad. Igualmente el reflujo duodeno-pancreatico, a través de un esfínter de Oddi incompetente, es otra de las teorías que no han podido ser comprobadas, pero que se menciona con mayor frecuencia en la literatura.

A la luz de todos los hechos comentados previamente parece razonable establecer que la conducta quirúrgica debe ser el manejo definitivo del ataque de pancreatitis.

En estas condiciones el siguiente paso consiste en resolver - las dos grandes interrogantes en el manejo quirúrgico de la pancreatitis aguda de origen biliar ¿Cuándo será el momento mas adecuado para operar?. Así como también: ¿Cuál tipo de cirugía realizar?.

La respuesta a la primera interrogante es el motivo del presente trabajo, por lo que analizaremos las tres opciones principales. La primera de ellas consiste en realizar una cirugía temprana, cuyo valor principal en la pancreatitis aguda de origen biliar ha consistido en interrumpir la patogénesis, y a través de esto, limitar la severidad del ataque y prevenir las complicaciones, sin embar

go actualmente se acepta, que la gran mayoría de los litos de las vías biliares pasan espontáneamente a duodeno antes de tres días, autolimitándose el daño, hecho corroborado por la evidencia de que solo menos del 10% de la pancreatitis aguda, son necro-hemorrágica, además aún queda por resolver la interrogante de si una pancreatitis edematosa es el prodigio de una necro-hemorrágica, si no es manejada adecuadamente.

En este contexto, actualmente se acepta una cirugía temprana básicamente para las formas severas de pancreatitis aguda, necrotizante o hemorrágica (16).

La segunda opción intentada en el pasado consistía por el contrario, en una cirugía retrasada. En el paciente una vez recuperado del episodio agudo era egresado para realizar una colecistectomía programada ulteriormente. Esta opción históricamente a fracasado ante el hecho de que la posibilidad de presentarse una recurrencia antes de la cirugía programada ha sido tanto como del 25 al 63 % - - (13,21).

Con estos razonamientos, nos ha parecido la mejor y más interesante opción, aquella que consiste en realizar una cirugía durante la admisión inicial, en efecto, pero realizando la operación una vez lograda la remisión del cuadro agudo y la estabilización del -- paciente tanto clínicamente como por laboratorio.

A este respecto existen experiencias de diversos autores fundamentadas en el hecho de que los pacientes pueden manejarse en forma conservadora, mediante ayuno, succión nasogástrica, reposición - líquidos, y electrolitos, control del equilibrio ácido-básico y ma-

nejo de las enfermedades asociadas cuando existen. En tanto esto ocurre, los litos pueden migrar espontáneamente hacia el intestino y ser recuperados en las heces en un alto porcentaje. Al desbloquearse la vía biliar se alivia la presión en el ducto pancreático, limitándose el daño, obteniéndose generalmente la mejoría clínica del paciente y la remisión de las isoenzimas sin necesidad de una operación urgente, en la mayoría de los casos. Posteriormente, pasados de tres a diez días según el paciente del que se trate y la respuesta obtenida, ya puede efectuarse una cirugía más segura semielectiva antes de que el paciente egrese del hospital con la finalidad de evitar una recurrencia, realizando colecistectomía y cuando se requiere, exploración armada de las vías biliares. Recomendamos la exploración radiológica transoperatoria como una rutina.

Los resultados obtenidos en nuestra serie así como los señalados en experiencias previas (12,24,25,26,27), nos confirman que esta conducta es la tendencia más recomendable en nuestro momento, por lo que nos parece que la controversia en cuanto al factor tiempo en el manejo quirúrgico de la pancreatitis biliar se ha ido despejando.

Faltaría solamente resolver si está indicado retrasar una cirugía de urgencia cuando se trata de formas graves de pancreatitis; necrotizante o hemorrágica. A este respecto, en nuestra serie se presentaron tres de estos casos dos de ellos, manejados con cirugía temprana fallecieron, mientras que el paciente operado en forma retardada evolucionó hasta recuperarse.

Sin embargo, son pocos tres casos y no pueden utilizarse para sacar conclusiones y resolver esta interrogante. Nuestra impresión

es que, ante la magnitud de cuadros tan severos poco es lo que ha podido hacerse para abatir la elevada morbi-mortalidad que origina y -- que, por el momento no es motivo de este trabajo. Basta señalar las - experiencias negativas que en el sentido de una operación temprana - han reportado autores como Kelly y Mac Carthy, en este sentido la - pregunta aún esta por ser contestada.

CONCLUSIONES:

La pancreatitis ocasionada por litiasis del árbol biliar puede ser resuelta quirúrgicamente durante el mismo primer internamiento hospitalario.

Los pacientes operados dentro de las primeras 48 horas de su ingreso, presentaron mayor morbilidad y mortalidad que los operados más tardíamente, aunque el análisis estadístico no reveló diferencias entre los dos grupos.

Por lo tanto, no existe evidencia de que los pacientes con pancreatitis de origen biliar tengan que ser operados urgentemente.

El retrasar la cirugía hasta que las manifestaciones clínicas y de laboratorio de la pancreatitis hubieron remitido, no aumentó el promedio de estancia hospitalaria, comparándolo con los pacientes operados más tempranamente.

Recomendamos operar a los pacientes con pancreatitis de origen biliar, sólo hasta que el cuadro agudo de muestras de remisión ya que el resultado final no se altera y sí en cambio, permite manejar las enfermedades asociadas, si las hay y mejorar las condiciones generales del paciente.

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

- 1.- Acosta JM, Rossi R, Galli OMR, et al. Early surgery for gallstone pancreatitis: evaluation of a systematic approach. Surg 1978; 83: 367-370.
- 2.- Acosta JM, Pelligrini CA, Skinner DB. Etiology and Pathogenesis of acute biliary pancreatitis. Surg 1980; 88: 118-125.
- 3.- Avila Vázquez Jorge E. Un punto de vista Diferente en la clasificación y manejo terapéutico de la pancreatitis aguda grave. Rev Sand Milit Méx 1988; 42: 3: 97-103.
- 4.- Belghiti J, Kleiman P, Cherqui D, Perniceni T, Bernades. Early treatment of biliary lithiasis pancreatitis. Gastroenterol Clin Biol 1987; 11 (11) 786-789.
- 5.- Bouillot JL, Alexandre. Biliary Pancreatitis: When is surgery indicated ?. J. Chir 1987; 124 (10): 509-514.
- 6.- Dixon JA, Willam JD, Surgical treatment of Biliary tract disease associated with acute pancreatitis. AM J Surg 1970; 120: 371-375
- 7.- D. Bruce Allardyce, FACS, FRCSC. Incidence of Necrotizing pancreatitis and factors related to Mortality. AM J. Surg 1987; - 154; 295-299.
- 8.- Emil J, MD, Robinson D, Ranson JHC. Acute pancreatitis: Value of CT in Establishing Prognosis. Radiology 1990; 174: 331-336.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 9.- Frei G.J., Frei V.T., Thirlby R.C. Mc Clelland R. Biliary pancreatitis: Clinical Presentation and surgical Management. Am J Surg 1986; 151: 170-175.
- 10- Heij H.A., Venn H.F. Egginkw F., Oberton H. Timing of surgery - for acute Biliary Pancreatitis. AM J Surg 1985; 149 (3): 371-374
- 11- Hiatt R. Jonathan, Calabria Renato P, et al. The Amylace Profile a Discriminant in Biliary and pancreatic disease. AM J Surg 1987 154: 490-492.
- 12- Kelly Tr. Gallstone Pancreatic: Timing of Surgery. Surg 1980; 88 345-350.
- 13- Kelly TR. Gallstone Pancreatitis, Ann Surg 1984; 200: 479-485.
- 14- Kelly TR, Swaney PE. Gallstone: The second time around. Surg 1982; 92: 571-575.
- 15- Marc Cooperman MD.F.A.C.S., et al. Idiopathic acute pancreatitis: The value of endoscopic retrograde cholangiopancreatography. - Surg 1981; 90: 4: 666-670.
- 16- Mc Clarthy Mary, MD. Richard, Dickerman MD. Surgical Management of Severe Acute Pancreatitis. Arch Surg 1982; 117: 476-480.
- 17- Mercer L.C. Saltztein E.C., et al. Early Surgery for biliary - pancreatitis. AM J Surg 1984; 148: 6: 749-753.

- 18- Poston GJ and Williamson RCN. Surgical Management of acute pancreatitis. Br J Surg 1990; 77: 1: 5: 5-12.
- 19- Ranson JHC. The timing of biliary surgery in acute pancreatitis. Ann Surg 1979; 189: 654-660.
- 20- Ranson JHC, Balthazar E, et al. Computed Tomography and the prediction of pancreatic abscess in acute pancreatitis. Ann Surg -- 1985; 201: 656-660.
- 21- Ranson JHC. The Role of Surgery in the Management of acute pancreatitis. Ann Surg 1990; 21: 4: 282-293.
- 22- Ranson JHC et al. Long Peritoneal Lavage Decrease Pancreatic - Sepsis in Acute Pancreatitis. Ann Surg 1990; 211: 6: 708-718.
- 23- Sigel B, Coelho JCU, et al. Ultrasonic assistance during surgery for pancreatitis inflammatory disease. Arch Surg 1982; 117: 712-715
- 24- Tat Choi. MD. Wu Siu Ng, MB, et al. Surgery During Acute - - - Pancreatitis. AM J Surg 1987; 153: 369-673.
- 25- Tondelli P, Stutz K, et al. Acute Gallstone pancreatitis: best timing for biliary surgery. Br J Surg 1982; 69:709-710.
- 26- Unsup Kim, mD, et al. Optimal Timing Surgical intervention in -- patients with acute Pancreatitis associated with Cholelithiasis. Surg Gynecol Obst 1980; 150: 499-501.
- 27- Welch JP, MD, Hartford, et al. Acute Pancreatitis of biliary Origin. Is Urgent Operation Necessary . Am J Surg 1983; 143: 120-126
- 28- Grant JP, MD, James Susan, MD, et al. Total Parenteral Nutrition in Pancreatic Disease. Ann Surg 1984; 200: 5: 627-631.