

11209
34
2ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE
I. S. S. S. T. E.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS
AGUDA COMPLICADA EN EL
HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
E S P E C I A L I S T A E N :
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :
DR. MARIO HECTOR GUERRERO MIRANDA



ISSSTE

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



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.

I N D I C E

	Pág.
Resumén	1
Introducción	2
Material y Métodos	4
Resultados	7
Discusión	11
Conclusiones	13
Tablas y cuadros	14
Bibliografía.	

RESUMEN

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS AGUDA COMPLICADA

Los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico inmediato, con duda en el diagnóstico, y a los cuáles se sospeche por clínica y laboratorio pancreatitis aguda complicada, presentan una morbilidad elevada, en más del 50%.

Objetivo; establecer un manejo quirúrgico oportuno.

Material y Métodos: se incluyeron a 25 pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda complicada, a los cuáles se les realizó tratamiento quirúrgico.

En el lapso comprendido entre el 10 de Enero de 1988 al 30 de Mayo de 1991.

9 del sexo femenino y 16 del sexo masculino, con edades entre los 27 y 82 años. El seguimiento fue clínico, de laboratorio y de imagen, -- siendo manejados mediante Cirugía inmediata, menos de 3 días, Cirugía temprana, menos de 6 semanas, y Cirugía diferida, mas de 6 semanas.

Resultados; de los 25 pacientes, 11 (44%), se les realizó cirugía inmediata, 16 pacientes (40%), se les practicó cirugía temprana, los cuáles fueron operados el día 13. A un paciente se le intervino después de 6 semanas.

Solo se realizó estudios de imagen TAC abdominal, a los pacientes -- que les practicó cirugía en forma temprana y diferida.

Al grupo que les efectuó cirugía inmediata, no se les realizó este -- estudio.

La morbilidad operatoria del grupo de cirugía inmediata fue del 24%.

La morbilidad operatoria del grupo de cirugía temprana fue del 15%.

La mortalidad global observada fue del 28% (7 pacientes). En el -- grupo de cirugía inmediata fue del 3% (2 pacientes). La mortalidad --

del grupo de cirugía temprana fue del 20% (5 pacientes). A los de -- tratamiento diferido no hubo mortalidad.

Conclusiones; La pancreatitis aguda complicada en nuestro hospital -- se presenta con cuadro de abdomen agudo, y los pacientes son sometidos a Laparotomía exploradora en forma inmediata, se debe hacer énfasis en realizar, el diagnóstico clínico, de laboratorio, y debe -- realizarse TAC abdominal a este tipo de pacientes en los que se sospeche pancreatitis aguda complicada, ya que este estudio de imagen -- se lleva a cabo en nuestro hospital, y el cual es confiable, llegando al diagnóstico, en forma oportuna, y así disminuir la morbilidad y -- mortalidad operatoria.

INTRODUCCION

La pancreatitis aguda presenta una gran variedad de manifestaciones morfológicas y clínicas, que varían desde una enfermedad leve y transitoria hasta la muerte. Casi siempre evoluciona como inflamación superficial edematosa caracterizada por edema periacinar intersticial que origina acumulación de células inflamatorias.

Este puede provocar la liberación de un exudado inflamatorio que contiene compuestos con actividad biológica, que generan puntos de calcificación en tejido graso, esta forma del padecimiento suele causar morbilidad baja. (1). El tratamiento conservador origina rápida mejoría de los síntomas, aun en los raros casos de disfunción cardiovascular, respiratoria o renal moderadas, y se logra curación completa de la inflamación retroperitoneal en cuestión de semanas. En casi todas las series clínicas publicadas, la mortalidad intrahospitalaria es de menos del 2%. (2, 3, 4, 5).

En 8 a 15% de los enfermos, la pancreatitis aguda sigue una evolución necrosante. (2, 3, 8). Esta forma puede ser de gravedad moderada, pero a menudo progresa hasta complicaciones locales o sistémicas que pueden poner en peligro la vida. Desde el punto de vista morfológico, la pancreatitis necrosante muestra inflamación edematosa intersticial combinada con necrosis del parénquima exo y endocrino pancreático y, por lo general, necrosis grasa en el páncreas y a su alrededor. Las áreas de necrosis en el parénquima son en su mayor parte focales y multicéntricas; la necrosis total del páncreas es rarísima. El proceso necrosante tiende a diseminarse de manera difusa hacia el tejido retroperitoneal, liberando diversas sustancias más activas y tóxicas.

En 40% de los enfermos con pancreatitis necrosante sobreviene una infección bacteriana de tejido intrapancreático y retroperitoneal necrótico. (3, 2). La necrosis pancreática infectada conlleva riesgos de sepsis generalizada, la complicación más grave de la pancreatitis aguda. La mortalidad intrahospitalaria por pancreatitis necrosante hemorrágica es de más de 20% en casi todas las series publicadas a últimas fechas. (2, 6, 7, 8, 9).

Después de la fase aguda, alrededor de la quinta semana de la enfermedad o después, un absceso pancreático puede provocar síntomas. (10). Este se origina por bacterias establecidas en la profundidad dentro del tejido del área previamente inflamada, que está en licuefacción y rodeado por una pared fibrosa, que por último alberga una acumulación de pus. Mediante criterios morfológicos, clínicos y de laboratorio, el absceso y la necrosis infectada pancreáticos son dos padecimientos distintos. En sujetos con absceso pancreático, por lo general han desaparecido los signos y síntomas de pancreatitis aguda cuando reaparecen dolor, fiebre y leucocitosis. Drenado en eta--

pas tempranas, el absceso no progresa necesariamente a sepsis generalizada.

De igual manera, semanas después del inicio de pancreatitis aguda, es posible que se forme uno o múltiples pseudoquistes. (11). Los pseudoquistes después de pancreatitis aguda sea acumulaciones de exudado peripancreático que tienen conexión con el sistema de conductos pancreáticos o no, localizadas fuera del páncreas, o sequestros de tejido necrótico licuado, en cuyo caso se originan desde el interior del páncreas. Esas acumulaciones están rodeadas por una cápsula de tejido fibroso. Los pseudoquistes por lo general se hacen sintomáticos al producir dolor y una masa palpable en la parte superior del abdomen o al crear obstrucción de estructuras de órganos cercanos. Puede haber consecuencias graves o que ponen en peligro la vida por rotura de la pared del quiste o hemorragia dentro de la misma. En más de 10% sobreviene una infección agregada de la acumulación quística. (12). Un pseudoquiste infectado puede no originar en sí síntomas clínicos notorios, pero existe la posibilidad de que provoque una peritonitis fulminante en casos de rotura de la pared del quiste con diseminación en toda la cavidad peritoneal. En 20% de los enfermos se observó resolución espontánea de los pseudoquistes (12), esto casi siempre ocurre en sujetos con acumulaciones del líquido peripancreático, según se demuestra mediante ultrasonografía o tomografía computarizada (TC) sin medio de contraste; es raro que haya resolución espontánea si los quistes persisten más de seis semanas o si la pared tiene más de 5 a 6 mm. de espesor. Los gastroenterólogos y cirujanos han aceptado en general que los individuos con pancreatitis aguda complicada no sometidos a cirugía tienen una mortalidad de más del 50%, a pesar de tratamiento intensivo (13).

Desde el punto de vista clínico, el tratamiento quirúrgico está indicado en quienes presentan signos de abdomen agudo, sufren choque alcanzan un estado de sepsis, o manifiesta complicaciones graves en otros órganos.

Con el objeto de disminuir la morbilidad y mortalidad, se presenta este estudio retrospectivo, que trata de implementar líneas de manejo quirúrgico y llevar a cabo un tratamiento quirúrgico oportuno.

MATERIAL Y METODOS

En el presente estudio se incluyeron a 15 pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda complicada, a los cuales se les realizó tratamiento quirúrgico e ingresaron al servicio de Cirugía General en el Hospital Regional "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E. en el lapso comprendido entre el 10 de Enero de 1988 al 30 de Mayo de 1991, des de su ingreso se determinaron los signos pronósticos de Ranson (14) los cuales correlacionan el porcentaje de mortalidad en la pancreatitis aguda, correspondiendo de 0 a 2 signos 1% de mortalidad, de 3 a 4 signos 18%, de 5 a 6 signos 50%, y más de 7 signos 90%. (Cuadro 1).

-
- 1.- EDAD MAYOR DE 55 AÑOS.
 - 2.- RECUENTO DE LEUCOCITOS MAYOR DE 16.000/ mm³.
 - 3.- GLUCEMIA MAYOR DE 200 mg/dl.
 - 4.- CONCENTRACION DE DESHIDROGENASA LACTICA SERICA MAYOR DE 350 U/lit.
 - 5.- TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA SERICA MAYOR DE 250 U sigma P./dl.

DURANTE LAS PRIMERAS 48 HRS.

- 6.- HEMATOCRITO QUE DISMINUYE MAS DE UN 10%.
- 7.- NITROGENO UREICO EN SANGRE QUE AUMENTA MAS DE 5 mg/dl.
- 8.- NIVEL SERICO DE CALCIO POR DEBAJO DE 8 mg/dl.
- 9.- TOR ARTERIAL MENOR DE 60 mm Hg.
- 10.- DEFICIT DE BASE MAYOR DE 4 meq./dl.
- 11.- SECCION ESTIMADO DE LIQUIDO MAYOR DE 6000 ml.

Cuadro 1.

Además se determinarán para el diagnóstico de pancreatitis aguda los siguientes parámetros a seguir:

CLÍNICOS:

- 1.- Dolor abdominal
- 2.- Náusea y vómito
- 3.- Taquicardia
- 4.- Distensión abdominal
- 5.- Irritación peritoneal
- 6.- Fiebre
- 7.- Ictericia
- 8.- Presión arterial menor de 80 mm Hg

BIOQUÍMICOS:

- 1.- Biometría hemática
- 2.- Química sanguínea
- 3.- Pruebas de función hepática
- 4.- Electrolitos séricos
- 5.- Determinación de amilasa sérica
- 6.- Determinación de lípidos séricos
- 7.- Tiempos de coagulación
- 8.- Gasometría arterial y venosa

MORFOLÓGICAS:

- 1.- Radiografía de Torax
- 2.- Radiografía simple de abdomen
- 3.- Ultrasonografía abdominal
- 4.- Tomografía axial Computada Abdominal, simple y contrastada

Con los datos clínicos, bioquímicos y morfológicos antes mencionados más los antecedentes clínicos del paciente se determinó la etiología la cual incluye los siguientes factores (2).

- I.- METABÓLICOS:
- a) Alcohol
 - b) Hiperlipoproteinemias
 - c) Hipercalcemia
 - d) Drogas
 - e) Venenos de escorpión.
 - f) Genéticos.
- II.- MECÁNICOS:
- a) Colelitiasis
 - b) Posoperatorios.
 - c) Traumáticos.
 - d) Pancreatografía retrógrada
 - e) Obstrucción ductal pancreática
 - f) Obstrucción duodenal
- LII.- VASculares:
- a) Periarteritis nodosa
 - b) Aterosclerosis
 - c) Papera
 - d) virus coxsackie

RESULTADOS

Fuerón un total de 25 pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda complicada, lo fuerón del sexo masculino (64%), y 9 del sexo femenino (36%). Con edades entre los 27 y 82 años, captados en el lapso de 2 - años 3 meses.

Respecto a la etiología de la pancreatitis aguda complicada, observamos en este estudio, que correspondió a causa alcohólica en 13 pacientes (52%), y la biliar en 12 pacientes (48%). (Cuadro 2).

En este grupo de pacientes observamos que no existe diferencia estadística significativa, ya que solo la alcohólica supera por un paciente a la biliar.

De acuerdo a la etiología en relación al sexo de los pacientes; correspondieron al sexo masculino 12 pacientes de etiología alcohólica (48%), biliar a 3 pacientes (12%), siendo un total de 15 pacientes, (52%).

Al sexo femenino 1 paciente de etiología alcohólica (4%), y 9 pacientes a la biliar (36%). (Cuadro 3).

Respecto a los criterios clínicos que incluyen los signos y síntomas correspondió; dolor abdominal en 25 pacientes (100%), taquicardia 10 pacientes (40%), náuseas y vómitos en 25 pacientes (100%), distensión abdominal en 6 pacientes (24%), irritación peritoneal en 12 pacientes (48%), presión arterial diastólica menor de 80 mm Hg en 3 - pacientes (12%). Observándose que los signos y síntomas que predominaron en frecuencia fuerón dolor abdominal y las náuseas y vómitos. (Cuadro 4).

En relación al estudio tomográfico abdominal, antes de llevar a cabo tratamiento quirúrgico, este se les realizó solo a 10 pacientes (30%), los cuáles fueron intervenidos quirúrgicamente en el día 7 al día 20, con una media de 13.5 días. (Cuadro 5).

Las indicaciones de procedimiento quirúrgico, fueron: pacientes con complicación local en aumento 11 pacientes (44%), los cuáles fueron operados en el día 13, los pacientes con sepsis fueron operados el día 13.5, siendo un total de 4 enfermos, pacientes en estado de choque fueron intervenidos en el primer día, siendo 1 enfermo.

11 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente el día de su ingreso y, a los cuáles no les practicó el estudio de tomografía abdominal, y la indicación quirúrgica fue; 1 pacientes por pancreatitis biliar, lo pacientes con diagnóstico de abdomen agudo.

Observados en este estudio, la duda en el diagnóstico, los pacientes fueron sometidos a Laparatomía exploradora, por lo que se intervino a la mayor número de pacientes. (Cuadro 6).

Conforme a los signos pronósticos de Ranson, y su correlación con el porcentaje pronóstico de mortalidad; observamos que los pacientes que tienen de 0 a 2 signos tienen 1% de mortalidad, -- fueron 7 pacientes; de 3 a 4 signos 11 pacientes (18%), de 5 a 6 signos, 6 pacientes y más de 7 signos 1 paciente con 90% de mortalidad. 16 pacientes tuvieron signos pronosticos de exactitud (84%). (Fig. 1).

En relación al tipo de complicación y con su frecuencia obtuvimos los siguientes resultados; pancreatitis necrosante en 6 pacientes (24%); absceso peripancreático en 7 pacientes (28%); -- pseudoquistes pancreáticos en 1 paciente (4%); pancreatitis hemorrágica en 5 pacientes (24%). Se encontró durante la Laparatomía 5 pacientes con pancreatitis edematosa (24%). (Cuadro 7).

Conforme al tipo de complicación y en relación a la letalidad, se observó: pancreatitis necrosante, vivos 5 pacientes (24%), defunción 1 paciente (4%); absceso pancreático, vivos 6 pacientes (24%) defunciones 0; pancreatitis hemorrágica, vivos 3 pacientes, defunciones 5 pacientes (24%). Total de vivos 18 pacientes (72%); defunciones 7 pacientes (28%). (Cuadro 3).

Relacionando los grupos de edades con la letalidad; de 20 a 30 años, vivos 2 pacientes (8%); defunciones 0 pacientes; de 31 a 40 años, vivos 3 pacientes, defunciones 0; de 41 a 50, vivos 4 pacientes, defunciones 2; de 51 a 60 años, vivos 5 pacientes, defunciones 2 pacientes; mayores de 61 años, vivos 3 pacientes, defunciones 3 pacientes. (Cuadro 3).

De acuerdo a los días cama de los pacientes con pancreatitis aguda complicada, fueron; vivos de 8.5 semanas (=4.1 semanas).

Relacionando los días previos de Cirugía desde su ingreso, correspondió a 11.7 días (+- 7.3 días).

Con relación a los días de Terapia Intensiva, correspondió a 2.83 días (+-3.1 días).

Se efectuaron las diferentes técnicas quirúrgicas: Necrosectomías a 3 pacientes (36%); debridación de tejido peripancreático en 8 - (32%); colecistectomía con exploración de la vía biliar con necrosectomía pancreática 1 paciente (4%); colecistectomía con debridación de absceso pancreático a 1 paciente (4%); lavado peritoneal, colecistostomía, gastrostomía y drenajes a 1 paciente (4%); necrosectomía con pancreatostomía distal y esplenectomía incidental en 1 paciente (4%); colecistectomía, necrosectomía y yeyunostomía en 2 pacientes (8%); necrosectomía con yeyunostomía en 2 (8%). drenaje externo de pseudoquiste pancreático 1 paciente (4%).

Se reintervinieron a un total de 11 pacientes (44%); los cuáles al total en forma global.

La morbilidad operatoria fue del 36%, 3 pacientes; en forma global absceso residual 2 pacientes (8%); fístula colónica 1 paciente (4%); fístula yeyunal 1 paciente (4%); fístula duodenal 1 paciente (4%); fístula biliar 1 paciente (4%); fístula pancreática 1 paciente (4%); esplenectomía incidental en 1 paciente (4%); sangrado de tubo digestivo alto por úlcera duodenal en 1 paciente (4%).

La mortalidad global observada fué del 23% (7 pacientes); 6 por sepsis generalizada secundaria a pancreatitis complicada; 1 paciente por choque hipovolemico secundario a pancreatitis hemorrágica. La mortalidad de los pacientes operados fué del 28%, 7 pacientes, 6 por sepsis y 1 por choque hipovolemico, arriba mencionado.

En relación a la mortalidad en pacientes que fueron sometidos a cirugía inmediata fue del 3%, 2 pacientes; los cuáles fallecieron por sepsis generalizada.

En relación a la morbilidad, esta fué del 4%, en pacientes que se sometieron a cirugía inmediata; 1 paciente con fístula yeyunal (4%); 1 paciente con fístula duodenal (4%); fístula biliar 1 paciente (4%); fístula colónica 1 paciente (4%); absceso residual peripancreático 1 paciente (4%); esplenectomía incidental 1 paciente (4%); (Cuadro 10).

Aquellos pacientes a los que se les realizó cirugía temprana (Despues de 10 días y antes de 6 semanas); tuvieron una mortalidad del 20%, 5 pacientes; 4 pacientes fallecieron por sepsis generalizada (80%); 1 paciente por choque hipovolemico (4%).

En relación a la morbilidad, esta fué por úlcera duodenal perforada en 1 paciente (4%); 2 pacientes (8%) por abscesos residuales.

En relación a pacientes con cirugía diferida (mas de 6 semanas), esta se realizó en 1 paciente (4%), por drenaje externo de pseudo quiste pancreático.

En forma global, la morbilidad operatoria en pacientes con cirugía temprana fué del 10%. (Cuadro 11).

DISCUSION

En el presente estudio muestra 25 pacientes con pancreatitis aguda complicada. No encontramos diferencia significativa respecto a la etiología alcohólica y biliar.

En cambio Acosta (15), encontró que el 80% de sus pacientes estudiados correspondió a etiología biliar, y a la alcohólica para el resto.

Relacionando el sexo, la mayoría de los autores (16), no reportan diferencias significativas, en nuestro estudio observamos que correspondió al sexo masculino, y cuya etiología fué la alcohólica. Beger (17) fundamentó que un método de tratamiento quirúrgico adaptado de manera estrecha a la respuesta clínica de complicaciones objetivas locales y de órganos sistémicos reduce la morbi-mortalidad hospitalaria, sin embargo en la literatura mundial la mortalidad reportada es de más del 20%.

Respecto a los criterios pronósticos de Hanson, Beger (17), encontró solo alrededor del 66% de exactitud de la clasificación por etapas, en nuestros resultados encontramos 83%. En la literatura mundial se aceptan variaciones entre el 60 y 80%, quedando nuestra comparación dentro de los márgenes aceptados de mortalidad por medio de los signos de Ranson. Es confiable respecto a la frecuencia de complicación de pancreatitis aguda, tenemos 28% el absceso pancreático, pancreatitis necrosante 24%, pancreatitis hemorrágica 24%.

Se ha dicho que la edad aumenta los riesgos quirúrgicos, corroborándolo en nuestra revisión al obtener el mayor número de defunciones en pacientes mayores de 50 años, encontramos al mismo tiempo que el sexo no representa significancia estadística para la mortalidad.

De acuerdo a los días cama, a los días previos a la cirugía y a los días de terapia intensiva, en nuestro medio fueron mas bajos de los encontrados en otras series, como en la de Beger (16).

Respecto al manejo, se ha aceptado que la mortalidad de la pancreatitis aguda complicada con manejo médico es mayor del 60%.

En nuestros pacientes con manejo quirúrgico fué del 23%.

Relacionando la morbilidad operatoria, encontramos en pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico inmediato, la mayor número de complicaciones, y las cuales correspondieron a fistulas intestinales (24%). Y a un número de reintervenciones del 44%.

En relación a los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico temprano la morbilidad operatoria fue del 12%, y la cual correspondió a abscesos residuales.

En relación al diagnóstico, no les realizó estudio de imagen - TAC abdominal a 11 pacientes (44%). Siendo este estudio de gran ayuda para llegar a un diagnóstico más preciso y oportuno para realizar un tratamiento oportuno y adecuado en el manejo de la pancreatitis aguda complicada.

En nuestra serie, durante la laparotomía inmediata se encontró en 6 pacientes (24%), pancreatitis edematosa, corrigiéndose mediante cirugía del árbol biliar, sin morbi-mortalidad.

CONCLUSIONES.

La pancreatitis aguda complicada, a pesar de tratamiento médico intensivo, alcanza una mortalidad del 60 hasta el 80%.
Con un tratamiento quirúrgico oportuno, basándose en datos clínicos, bioquímicos y morfológicos se logró disminuir la mortalidad.

La cirugía inmediata, aumenta la morbilidad operatoria.
Se recomienda el tratamiento médico intensivo, de la pancreatitis aguda, para mejorar las condiciones generales del paciente y llevar a cabo un tratamiento quirúrgico oportuno, esperando a que se delimita el proceso inflamatorio agudo.

FRECUENCIA SEGUN ETIOLOGIA

ETIOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BILIAR	12	48%
ALCOHOLICA	13	52%
TOTAL	25	100%

Cuadro 2

ETIOLOGIA EN RELACION AL SEXO

SEXO	ETIOLOGIA		TOTAL	PORCENTAJE
	BILIAR	ALCOHOLICA		
MASCULINO	3 (12%)	12 (48%)	15	60%
FEMENINO	9 (36%)	1 (4%)	10	40%
TOTAL	12	13	25	100%

Cuadro 3

RELACION DE SIGNOS Y SINTOMAS Y SU FRECUENCIA

SIGNOS Y SINTOMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DOLOR ABDOMINAL	25	100%
NAUSEA Y VOMITO	25	100%
TAQUICARDIA	10	40%
DISTENSION ABDOMINAL	6	24%
IRRITACION PERITONEAL	12	48%
PIEBRE	9	36%
ICTERICIA	7	27%
PRESION ARTERIAL MENOR DE 80 mm Hg.	3	12%

Cuadro 4

PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZO TAC ABDOMINAL

TAC ABDOMINAL	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
SI	10	40%
NO	11	44%

Quadro 5

RELACION DE CRITERIOS INDICATIVOS PARA LA CIRUGIA
Y EL NUMERO DE PACIENTES.

INDICACION PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO	DIAS	NUMERO DE PACIENTES.
ABDOMEN AGUDO	CIRUGIA INMEDIATA	11
COMPLICACION LOCAL EN AUMENTO	13.5 días	10
SEPSIS	11	3
PSEUDOQUISTE	6 semanas	1

Cuadro 6

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TIPO DE COMPLICACION EN RELACION A FRECUENCIA

COMPLICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ABSCESO	7	28%
NECROSIS	6	24%
HEMORRAGICA	5	24%
TOTAL	18	70%

Cuadro 7

TIPO DE COMPLICACION EN RELACION A LA LETALIDAD.

COMPLICACION	LETALIDAD		TOTAL
	VIVOS	MUERTOS	
NECROSANTE	5 (20%)	1 (4%)	6
ABSCESO	6 (24%)	1 (4%)	7
PSUDOQUISTE	1 (4%)	0 (0%)	1
HEMORRAGICA	0 (0%)	5 (3%)	6
PAN. EDEMATOSA	6 (24%)	3 (3%)	6
TOTAL	18	7	25

Cuadro 8

GRUPOS DE EDADES EN RELACION A LA LETALIDAD

EDAD	LETALIDAD		TOTAL
	VIVOS	MUERTOS	
20-30	2	0	2
31-40	3	0	3
41-50	4	2	6
51-60	5	2	7
+ 61	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>6</u>
TOTAL	18	7	25

Cuadro 3

PORCENTAJE DE MORBILIDAD OPERATORIA
 PACIENTES CIRUGIA INMEDIATA

COMPLICACION	MORBILIDAD OPERATORIA	NUMERO DE PACIENTES
PISTULA BILIAR	4%	1
PISTULA COLONICA	4%	1
PISTULA YEJUNAL	4%	1
PISTULA PANCREATICA	4%	1%
PISTULA DUODENAL	4%	1
ESPLENECTOMIA INCIDENTAL	4%	1
TOTAL	<u>24%</u>	<u>6</u>

Quadro 10

RELACION ENTRE NUMERO DE SIGNOS PRONOSTICOS POSITIVOS
Y LA MORTALIDAD.

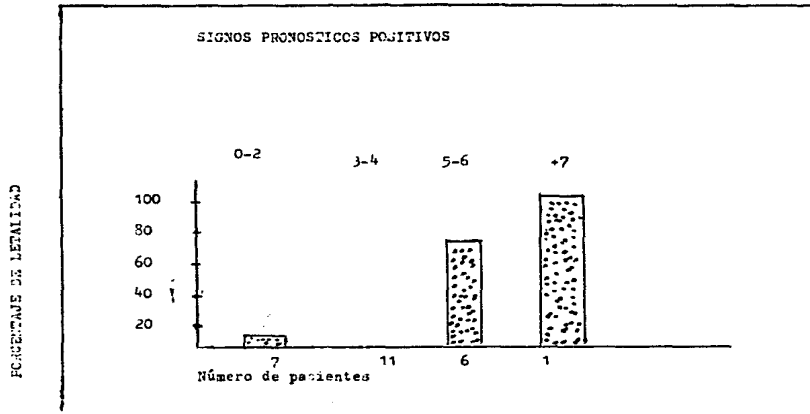


FIG. 1

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Beger HG; Bittner R. Büchler M. et al; Hemodynamic data pattern pancreatitis. Gastroenterology 90:74, 1980.
- 2.- Allardyce DB; Incidence of necrotizing pancreatitis and factors related to mortality. Am J Surg 154:295, 1987
- 3.- Beger HG; Büchler M, Bittner R, et al; Necrosectomy and postoperative local lavage in necrotizing pancreatitis. Br Surg 75:207 1988.
- 4.- Frey CF; Hemorrhagic pancreatitis. AM J Surg 137:616, 1979.
- 5.- Aldrige MC, Ornstein M. Glazer G. et al; Pancreatic resection for severe acute pancreatitis. Br. J. Surg 72:796, 1985.
- 6.- Kivilaakho E, Lempiinen M, Mäkeläinen A, et al; Pancreatic resection versus peritoneal lavation for acute fulminant pancreatitis Ann Surg 199:426, 1984
- 8.- Mercadier M; Surgical treatment of acute pancreatitis; Tactics, techniques, and results. World J Surg 5:393. 1981.
- 9.- Bittner R. Block S, Büchler M et al; Pancreatic abscess and infected pancreatic necrosis; Different local septic complications in acute pancreatitis. Dig Dis Sci 32:1032, 1987.
- 10.- Beger HG. Classification of acute pancreatitis according to morphologic and clinical parameters. Presented at the International Symposium on Necrotizing Pancreatitis - Concept of treatment. Ulm, March 1987.
- 11.- Bradley EL. Clements JL. Gonzalez AC. The natural history of pancreatic pseudoquiste; A unified concept of management. Am J Surg 137:135, 1973.
- 12.- Aldrige MC, Glazer G. et al; Pancreatic resection for severe acute pancreatitis. Br. J. Surg. 72; 796. 1985
- 13.- Acosta JM et al; Etiology and pathogenesis of acute biliary pancreatitis; Surgery 88;118 1980
- 14.- Ranson JHC ; Balthazar E. Caccavale R. et al; Computed tomography and the prediction of pancreatic abscess in acute pancreatitis Ann Surg 201;556. 1985.