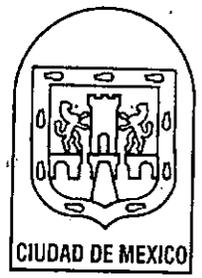


11209 70



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION



*[Handwritten signature]*  
2ef

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA  
UNIDAD DEPARTAMENTAL DE POSGRADO

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL**

**MANEJO QUIRURGICO DE PANCREATITIS BILIAR AGUDA EN DOS HOSPITALES GENERALES DEL INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTADO POR:  
DRA. HILDA PATIÑO GALLEGOS

267344

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

DIRECTOR DE TESIS:  
DR. JESUS FERMIN ESCOBEDO ANZURES

-1998-

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

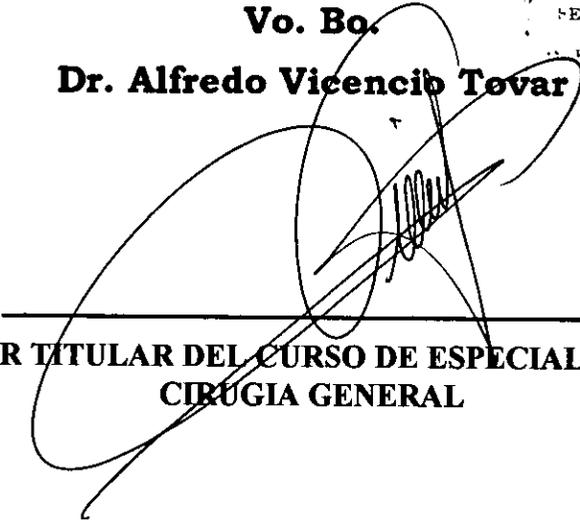
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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.

SECRETARIA DE SALUD  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA  
ESTR. 998-22 1998

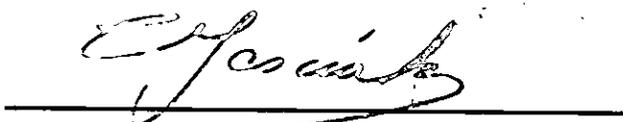
**Vo. Bo.**  
**Dr. Alfredo Vicencio Tovar**



---

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN  
CIRUGIA GENERAL**

**Vo. Bo.**  
**Dra. Cecilia García Barrios**



---

**DIRECTORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**

SECRETARIA DE SALUD  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL

# DEDICATORIA

*A mis padres:*

*Oseas y Eva*

*A mis hermanas:*

*María del Rosario y Catalina*

## *AGRADECIMIENTOS*

*Dr. Alfredo Vicencio Tovar*

*Dr. Jesús Fermín Escobedo Anzures*

*Dr. Juan Manuel de la Torre Sánchez*

---

**CONTENIDO**

---

<b>RESUMEN.....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>7</b>
<b>OBJETIVO.....</b>	<b>9</b>
<b>MATERIAL.....</b>	<b>10</b>
<b>METODOS.....</b>	<b>11</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>13</b>
PACIENTES DE ACUERDO A CRITERIOS DE RANSON .....	16
VALOR DE AMILASA SERICA AL DIAGNOSTICO .....	18
PACIENTES POR EDAD.....	22
PACIENTES POR SEXO .....	24
CIRUGIAS REALIZADAS.....	26
HALLAZGOS QUIRURGICOS.....	30
VESICULA Y VIAS BILIARES.....	30
HALLAZGOS QUIRURGICOS.....	34
PANCREAS.....	34
PACIENTES REINTERVENIDOS.....	38
PACIENTES COMPLICADOS .....	41
COMPLICACIONES.....	44
DEFUNCIONES.....	46
DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA.....	49
MORBIMORTALIDAD .....	53
<b>DISCUSION.....</b>	<b>55</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>58</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>59</b>

## RESUMEN.

**OBJETIVO.** Demostrar que en los pacientes con pancreatitis biliar aguda, la cirugía programada durante el mismo internamiento ofrece mejores resultados que la cirugía de urgencia, mejorando la morbimortalidad, con mejor evolución de los pacientes y menos complicaciones.

**MATERIAL Y METODOS.** Se estudiaron a los pacientes con pancreatitis biliar aguda manejados quirúrgicamente en los Hospitales Generales "Rubén Leñero" y "Xoco" en el período comprendido del 1o. De Enero de 1995 al 30 de Noviembre de 1997, de ambos sexos con edad de 18 a 65 años, se excluyeron a aquellos con pancreatitis de otra etiología. Los pacientes se dividieron en dos grupos, el Grupo 1. En el que se realizó intervención quirúrgica dentro de las primeras 24 hrs. de internamiento y el Grupo 2. En el que la intervención quirúrgica se realizó una vez remitido el cuadro agudo, después de las primeras 48 hrs. de admisión y dentro de los primeros cinco días de estancia. Clasificándose ambos grupos de acuerdo a los criterios pronósticos de Ranson, analizando la edad, sexo, amilasa de ingreso, cirugías realizadas, hallazgos, reintervenciones, complicaciones, días de estancia hospitalaria y defunciones. Es un estudio retrospectivo parcial y de casos, transversal y de intervención, se utilizó como análisis estadístico la t de Student.

**RESULTADOS.** Se estudiaron 48 pacientes, 23 en el grupo 1 y 25 en el grupo 2, para el grupo 1 fueron 6 hombres (26.09) y 17 mujeres (73.91%) con un rango de edad de 21 a 63 años (media 39.43), en el grupo 2 fueron 9 hombres (26.09%) y 16 mujeres (73.91%), con un rango de edad de 18 a 65 años (media 41.08), sin evidencia significativa en cuanto a edad y sexo. Los criterios pronósticos de Ranson fueron similares para los dos grupos, así como el nivel de amilasa sérica al ingreso sin diferencia estadística significativa ( $p=0.22$  y  $p=0.34$ ). Hubo un aumento significativo en el número de exploración de vías biliares realizadas en el grupo 1 con un valor de  $p=0.01$ , se encontró una pancreatitis necrótico hemorrágica en el grupo 1. En el grupo 1 se complicaron 9 pacientes (39.13%) y se reintervinieron 4 (17.39%), contra dos pacientes (8%) complicados en el grupo 2 con valores de  $p=0.006$  y  $p=0.01$  respectivamente. Hubo una defunción en el grupo 1, una paciente con pancreatitis necrótico hemorrágica, con 8 criterios de Ranson ( $p=0.16$ ). El promedio de días de estancia hospitalaria fué de 14.73 para el grupo 1 y 8.64 para el grupo 2, ( $p=0.09$ ).

**CONCLUSIONES.** Los pacientes con pancreatitis biliar aguda, tratados con cirugía diferida una vez remitido el cuadro clínico, tienen menor morbilidad, mejor evolución, menos número de complicaciones y reintervenciones así como menos procedimientos quirúrgicos complejos, que los pacientes manejados con cirugía de urgencia, por lo que no hay por que operarlos de inmediato.

## INTRODUCCION.

La pancreatitis biliar aguda constituye un 63% de la pancreatitis aguda, la cual cuenta con una alta incidencia en la población que acude a los servicios médicos, aproximadamente 4% de los pacientes atendidos anualmente en nuestros hospitales, en los episodios típicos de pancreatitis biliar, la presentación clínica, el grado de hiperamilasemia y la extensión de la lesión pancreática son leves y las anomalías provocadas se resuelven con rapidez, con una mortalidad del 2%, sin embargo puede progresar a complicaciones locales y sistémicas que ponen en peligro la vida.

La pancreatitis biliar es una indicación precisa para realizar el tratamiento definitivo de la afección biliar, para reducir la incidencia de pancreatitis recurrente, sin embargo, existen discrepancias en cuanto al momento en que debe realizarse la intervención quirúrgica, algunos autores proponen la cirugía inmediata de urgencia<sup>21,23</sup> y otros más la cirugía programada durante el mismo internamiento<sup>9,10, 16, 21, 30, 33, 35</sup>.

Entre los pacientes con evidencias claras de pancreatitis biliar, aproximadamente el 80% tienen una enfermedad leve, que puede progresar a complicaciones graves entre las que se encuentran insuficiencia cardiovascular, complicaciones respiratorias, insuficiencia renal, alteración de la función hepática, íleo parálitico, obstrucción duodenal o biliar, pseudoquistes y abscesos pancreáticos.

Se ha demostrado que en los pacientes con pancreatitis biliar leve la cirugía biliar temprana no mejora el curso de la pancreatitis y en pacientes con pancreatitis biliar severa, la cirugía temprana se ha asociado con una mortalidad mayor que la cirugía programada<sup>15,18</sup>. Los pacientes operados en estadios tempranos presentan una incidencia de litiasis coledociana más de tres veces superior, lo que sugiere que se requieren procedimientos más complicados, en los pacientes tratados en ésta forma, que aumenta la morbi-mortalidad.

Por ello y en la actualidad, la mayoría de los cirujanos prefieren, en las pancreatitis biliares agudas, la cirugía programada en el primer internamiento<sup>3, 19, 20, 27</sup>, una vez remitido clínicamente el cuadro agudo, generalmente después de las 48 hrs. del ingreso y durante los primeros siete días de internamiento, con éste manejo la mayor parte de los pacientes eliminan hacia el duodeno los cálculos coledocianos antes de la colecistectomía evitando así la necesidad de realizar procedimientos quirúrgicos más complejos tales como exploración del colédoco o esfinteroplastia. Así mismo, se ha demostrado que la cirugía programada durante el mismo internamiento una vez que se ha conseguido la mejoría clínica reduce los días de estancia hospitalaria y disminuye la incidencia de complicaciones y mejora la evolución de éstos pacientes, disminuyendo así mismo la mortalidad por ésta patología.

Actualmente con el uso de la colecistectomía laparoscópica y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica preoperatoria o postoperatoria, algunos autores concuerdan en que la cirugía temprana o de urgencia y la programada durante el mismo internamiento en la pancreatitis biliar aguda no presentan diferencias significativas en cuanto a morbimortalidad<sup>5, 14, 24</sup>, sin embargo hay autores que establecen que la colecistectomía laparoscópica es técnicamente más difícil en los casos de cirugía urgente por pancreatitis biliar y es más segura igualmente como cirugía programada durante los primeros siete días de admisión<sup>32</sup>.

## **OBJETIVO.**

El objetivo del estudio fué conocer la evolución de los pacientes con pancreatitis biliar aguda tratados quirúrgicamente, determinando el momento en que fué realizada la cirugía de urgencia o programada.

Evaluar las complicaciones del manejo quirúrgico en ambos tipos de pacientes y demostrar que la cirugía programada, durante el mismo internamiento, en los pacientes con pancreatitis biliar aguda ofrece mejores resultados, mejorando la morbimortalidad, con mejor evolución y menos complicaciones que la cirugía de urgencia.

## **MATERIAL.**

Se estudiaron a los pacientes con pancreatitis biliar aguda tratados quirúrgicamente en los Hospitales Generales "Dr. Rúben Leñero" y "Xoco", en el período comprendido del 1o. de Enero de 1995 al 30 de Noviembre de 1997.

Se incluyeron los pacientes intervenidos quirúrgicamente en forma programada y de urgencia, de edad entre los 18 y 65 años, de ambos sexos.

Se excluyeron a los pacientes manejados quirúrgicamente con otra patología agregada y se eliminaron aquellos con pancreatitis de otra etiología.

## **MÉTODOS.**

Es un estudio retrospectivo parcial y de casos, transversal y de intervención.

Se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes con pancreatitis biliar aguda.

En todos los pacientes se llevó a cabo el diagnóstico de pancreatitis biliar en base a datos clínicos, exámenes de laboratorio, valor de amilasa sérica, ultrasonido de hígado, vías biliares y páncreas, para establecer la presencia de litiasis vesicular y corroborar la patología pancreática.

Una vez hecho el diagnóstico, los pacientes se clasificaron de acuerdo a los criterios pronósticos de Ranson. Los pacientes se dividieron en dos grupos:

**GRUPO 1.** Pacientes con pancreatitis biliar aguda, que una vez hecho el diagnóstico, se dan las medidas de soporte inicial del manejo, para mejorar condiciones generales, sometiéndose al paciente a cirugía para corrección de patología biliar dentro de las primeras 24 hrs. de admisión hospitalaria, continuándose seguimiento de la evolución postoperatoria hasta su alta hospitalaria y en la consulta externa hasta un mínimo de un mes.

**GRUPO 2.** Pacientes con pancreatitis biliar aguda, que una vez hecho el diagnóstico se llevan a cabo las medidas de manejo médico, controles seriados de laboratorio, control de amilasa sérica, en algunos casos se realiza tomografía computarizada de páncreas y una vez que ha remitido clínicamente y por laboratorio actividad de la pancreatitis, se somete a cirugía para corrección de patología biliar, realizándose procedimiento quirúrgico siempre después de las 48 hrs. de admisión y durante los primeros cinco días, con seguimiento de evolución en el postoperatorio hasta su alta hospitalaria y seguimiento en la consulta externa un mínimo de un mes.

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el test t de student, tomando como valor significativo, una p menor de 0.05.

Las variables que se tomaron en cuenta fueron las cirugías de urgencia y programada, así como los criterios de Ranson, la amilasa sérica al ingreso, tipo de cirugía realizada, hallazgos quirúrgicos, complicaciones postoperatorias, reintervenciones, días de estancia hospitalaria y defunciones.

## RESULTADOS.

Se estudiaron 48 pacientes, 23 pacientes en el grupo 1 y 25 pacientes en el grupo 2, de los cuales para el grupo 1 fueron 6 hombres (26.09%) y 17 mujeres (73.91%) con un rango de edad de 21 a 63 años (media 39.43), en el grupo 2 fueron 9 hombres (26.09%) y 16 mujeres (73.91%), con un rango de edad de 18 a 65 años (media 41.08), no habiendo diferencia significativa en cuanto a edad y sexo  $p=0.32$ .

En ambos grupos de pacientes se realizó medición de amilasa sérica al ingreso, así como exámenes de laboratorio complementarios, clasificándose de acuerdo a los criterios pronósticos de Ranson, además de realizárseles ultrasonido de vesícula, vías biliares y páncreas a todos los pacientes, el manejo médico consistió en ambos grupos en ayuno, manejo con soluciones parenterales, antibióticos, analgésicos, bloqueadores H<sub>2</sub>, control de líquidos, en el grupo 1 una vez realizado el manejo inicial, se intervino al paciente dentro de las primeras 24 hrs. a su ingreso, en los pacientes del grupo 2 se continuo su manejo, controles seriados de laboratorio, en 10 pacientes se realizó tomografía computarizada de páncreas en 4 reportándose páncreas edematoso en cuerpo y cola, y en 4 páncreas edematoso en cabeza y cuerpo, en ambos casos con escaso líquido peripancreático, una vez remitido el cuadro agudo clínicamente y por laboratorio se llevó a cabo la intervención quirúrgica, en todos los casos después de las 48 hrs. y dentro de los primeros 5 días de internamiento. En todos los pacientes de ambos grupos se corroboró por ultrasonido litiasis vesicular.

Para el grupo 1, 11 pacientes tuvieron 5-6 criterios pronósticos de Ranson (47.83%) y en el grupo 2, 11 pacientes tuvieron 3-4 criterios (44.00%), sin embargo no hubo diferencia significativa entre ambos grupos  $p=0.22$ . En cuanto al nivel de amilasa sérica al ingreso, ambos grupos de pacientes tuvieron su mayor porcentaje en valores de 2,001 a 3,000 , 39.13% para el grupo 1 y 48.0% para el grupo 2, con  $p=0.34$ , por lo que ambos grupos de pacientes fueron similares en cuanto a edad, sexo y severidad de la pancreatitis.

La cirugía que se llevó a cabo con más frecuencia en ambos grupos fué la colecistectomía 14 (60.87%) para el grupo 1 y 23 (92.0%) para el grupo 2, en el grupo 1 se llevó a cabo una colecistectomía con drenaje de pseudoquiste y marsupialización, y 8 colecistectomías con exploración de vías biliares, una de ellas con drenaje pancreático y en el grupo 2, dos colecistectomías con exploración de vías biliares. Se realizaron 8 exploraciones de vías biliares (34.78%) en el grupo 1 y 2 (8%) en el grupo 2, con un valor estadístico significativo de  $p=0.01$ .

Los hallazgos quirúrgicos fueron para el grupo 1, 15 pacientes con litos vesiculares (65.22%) y 8 con litos vesiculares y coledocolitiasis (34.78%) y en el grupo 2, 23 pacientes con litos vesiculares (92%) y 2 (8%) con litiasis vesicular y coledocolitiasis. En cuanto a la pancreatitis en el grupo 1 se encontró páncreas edematoso en 21 pacientes (91.30%), necrótico-hemorrágico en 1 (4.35%) y pseudoquiste en 1 (4.35%) y en todos los pacientes del grupo 2 se encontró el páncreas edematoso (100%), sin embargo en cuanto a la gravedad corroborada de la pancreatitis en la cirugía no hubo diferencia significativa  $p=0.16$ .

En el grupo 1 se complicaron 9 pacientes (39.13%) y se reintervinieron 4 pacientes (17.39%) y en el grupo 2 se complicaron 2 pacientes (8%) y no hubo reintervenciones, para unos valores significativos para las complicaciones de  $p=0.006$  y reintervenciones de  $p=0.01$ . En el grupo 1 el paciente que se encontró con pseudoquiste se complicó con fístula pancreática, infección de la herida y tuvo que reintervenirse por obstrucción intestinal, un paciente desarrolló absceso pancreático, ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva, presentando sepsis abdominal, infección de la herida quirúrgica y falla orgánica múltiple fallecido a los 26 días de internamiento, reinterviniéndose en dos ocasiones para lavados quirúrgicos, un paciente presentó evisceración, fístula biliar, coledocolitiasis residual, infección de herida quirúrgica, reintervenido, realizándosele nueva exploración de vías biliares y cierre de pared, un paciente con absceso pancreático, sepsis abdominal, reintervenido en cinco ocasiones para lavados quirúrgicos, abdomen abierto, dos pacientes presentaron coledocolitiasis residual resuelta por CPRE, uno desarrolló íleo postoperatorio, uno infección de herida quirúrgica y una paciente pancreatitis crónica.

En el grupo 2 un paciente se complicó con tromboflebitis postoperatoria y uno por infección de herida quirúrgica.

En el grupo 1 se presentó una defunción en un paciente de 44 años de edad, femenino con 8 criterios de Ranson, en el grupo 2 no hubo defunciones, con un valor de  $p=0.16$  (no significativa).

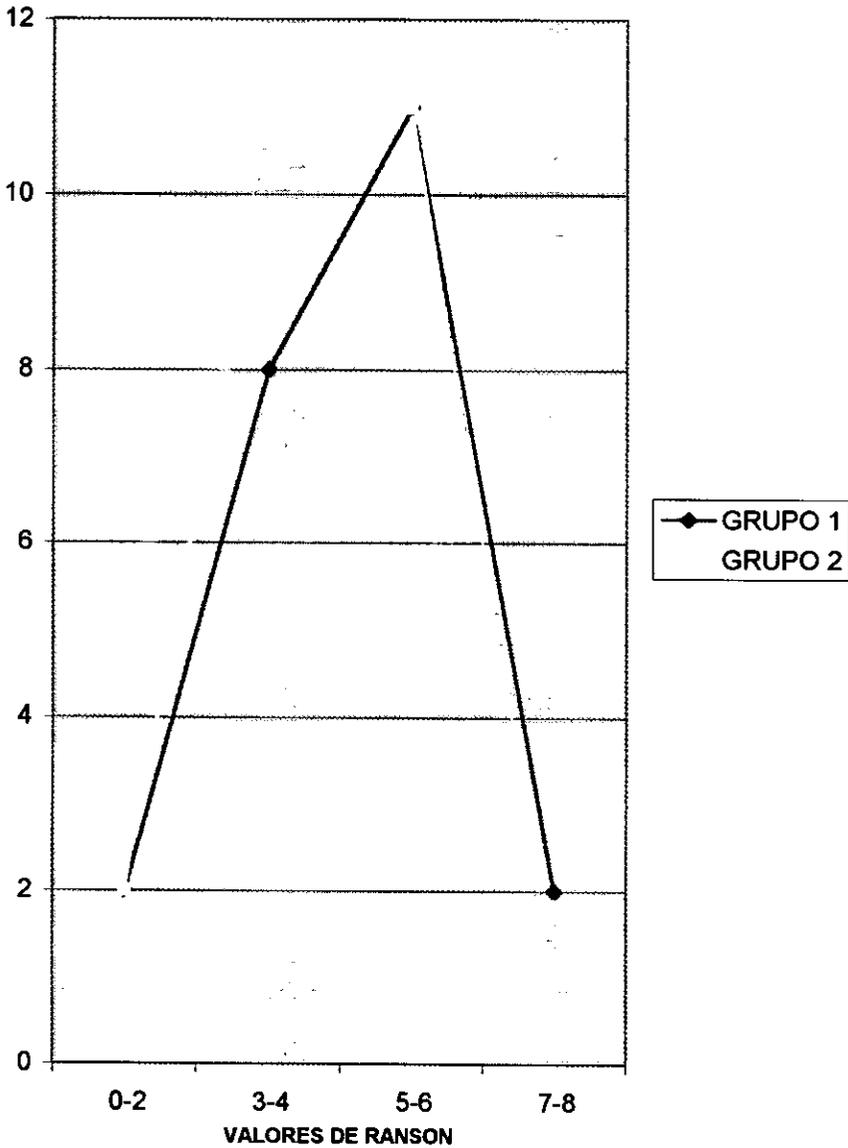
Los días de estancia hospitalaria para el grupo 1 fueron el mínimo de 7 y el máximo de 60 para un promedio de 14.73 días y para el grupo 2 un mínimo de 6 y un máximo de 12 para un promedio de 8.64, con valor no significativo de  $p=0.09$ .

Correlacionando los resultados de ambos grupos con su puntaje de acuerdo a los criterios de Ranson, se observó que los grupos fueron muy similares en su calificación de los criterios, el nivel de amilasa sérica no se correlacionó en ninguno de los dos grupos con mayor número de criterios. En cuanto al tipo de cirugía efectuada, en el grupo 1 no hubo relación y en el 2 a mayor número de criterios se realizó una cirugía más extensa. En el grupo 1 la pancreatitis fue más severa en relación directa con mayor puntaje de criterios, y en el 2 no se relacionó. El número de reintervenciones y complicaciones no tuvo relación con el número de criterios de Ranson, la defunción que se presentó si fue relacionada con mayor puntaje de criterios. Los días de estancia hospitalaria en el grupo 1 aumentaron a medida que fueron mayores los criterios y en el grupo 2 no hubo correlación.

**PACIENTES DE ACUERDO A CRITERIOS DE RANSON**

No. de criterios	Grupo 1	Grupo 2
0 - 2	2	2
3 - 4	8	11
5 - 6	11	11
Más de 6	2	1
TOTAL	23	25

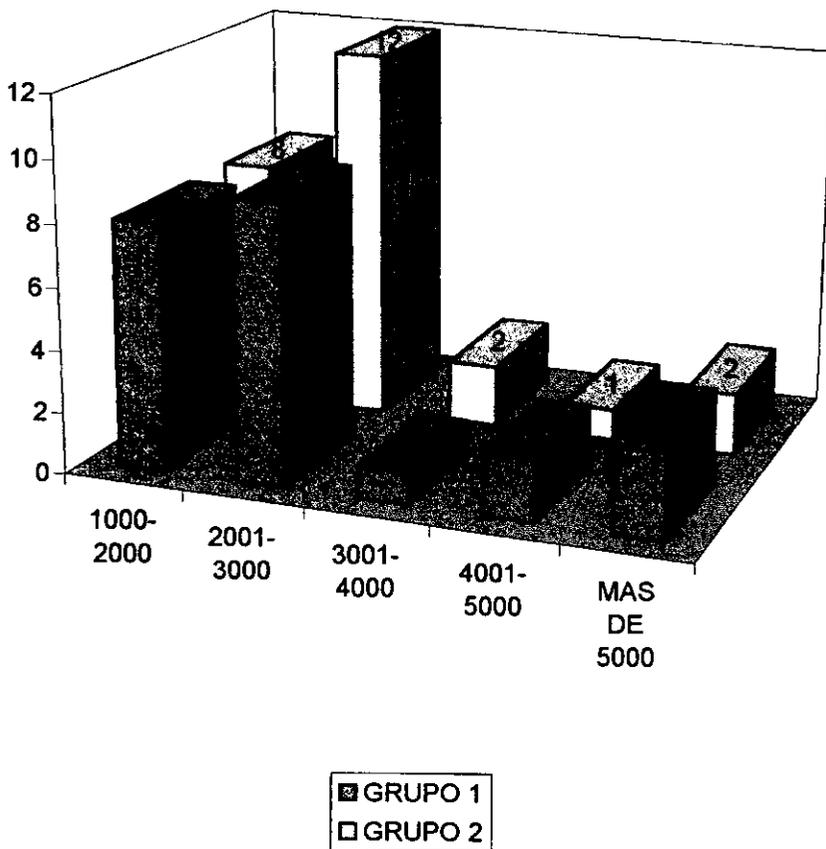
CRITERIOS PRONOSTICOS DE RANSON



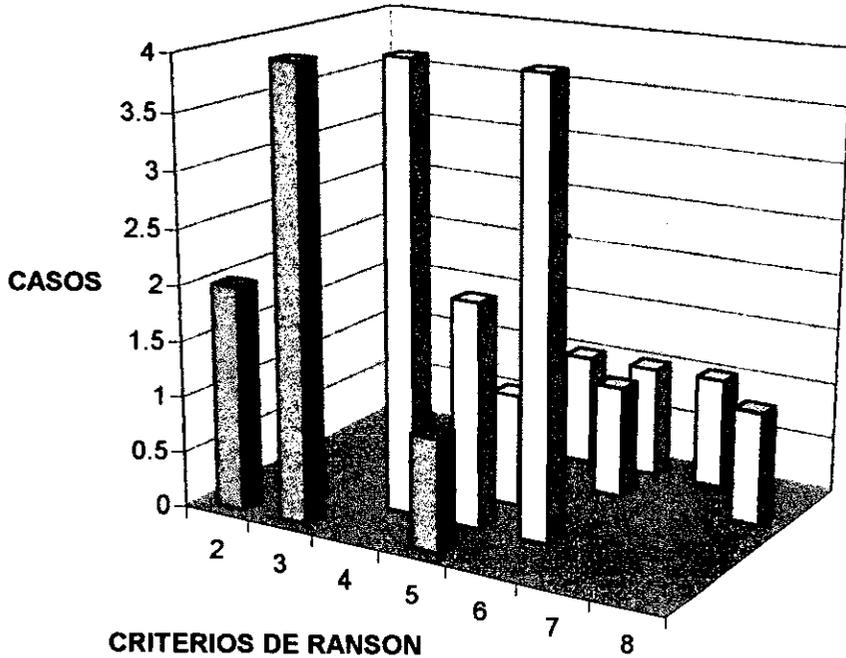
**VALOR DE AMILASA SERICA AL DIAGNOSTICO**

Amilasa US	Grupo 1	Grupo 2
1000 - 2000	8	8
2001 - 3000	9	12
3001 - 4000	1	2
4001 - 5000	2	1
Más de 5000	3	2
Total	23	25

### AMILASA AL INGRESO

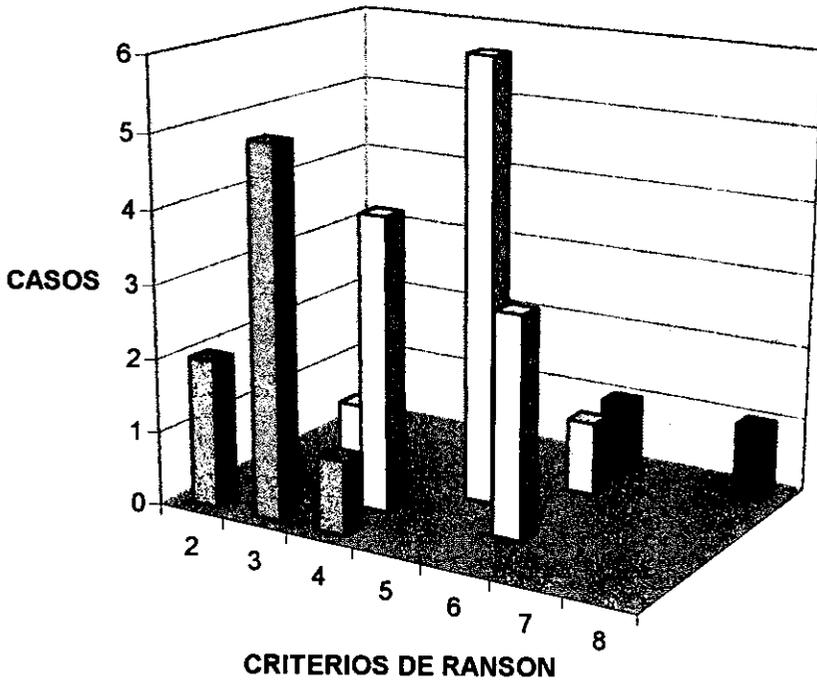


**GRUPO 1  
AMILASA SERICA AL INGRESO**



- 1,000-2,000
- 2,001-3,000
- 3,001-4,000
- 4,001-5,000
- MAS DE 5,000

**GRUPO 2  
AMILASA SERICA AL INGRESO**

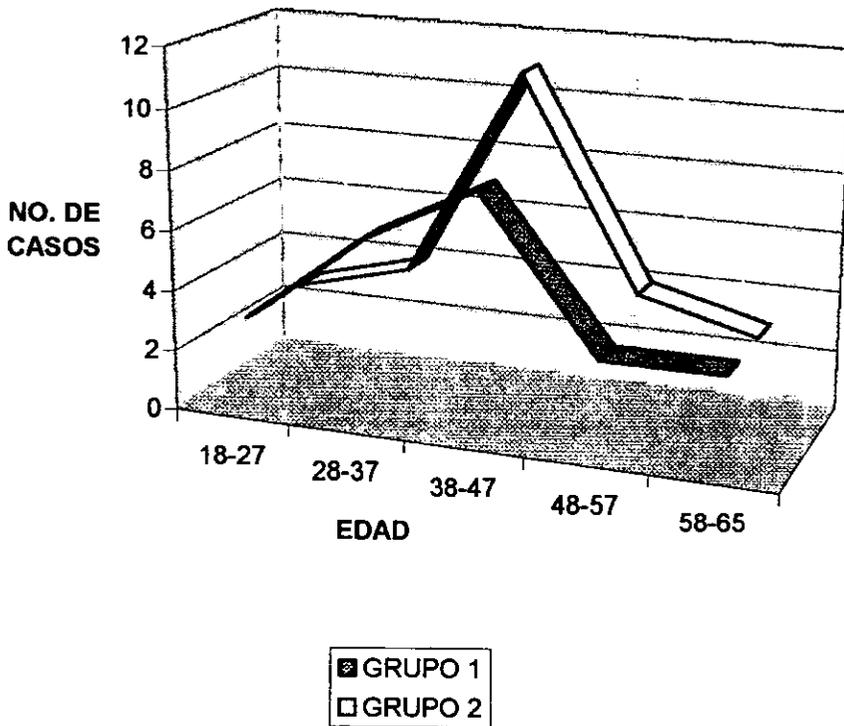


- ▨ 1,000-2,000
- 2,001-3,000
- ▨ 3,001-4,000
- ▨ 4,001-5,000
- MAS DE 5,000

**PACIENTES POR EDAD**

EDAD EN AÑOS	GRUPO 1	GRUPO 2
18 - 27	3	3
28 - 37	6	4
38 - 47	8	11
48 - 57	3	4
58 - 65	3	3
TOTAL	23	25

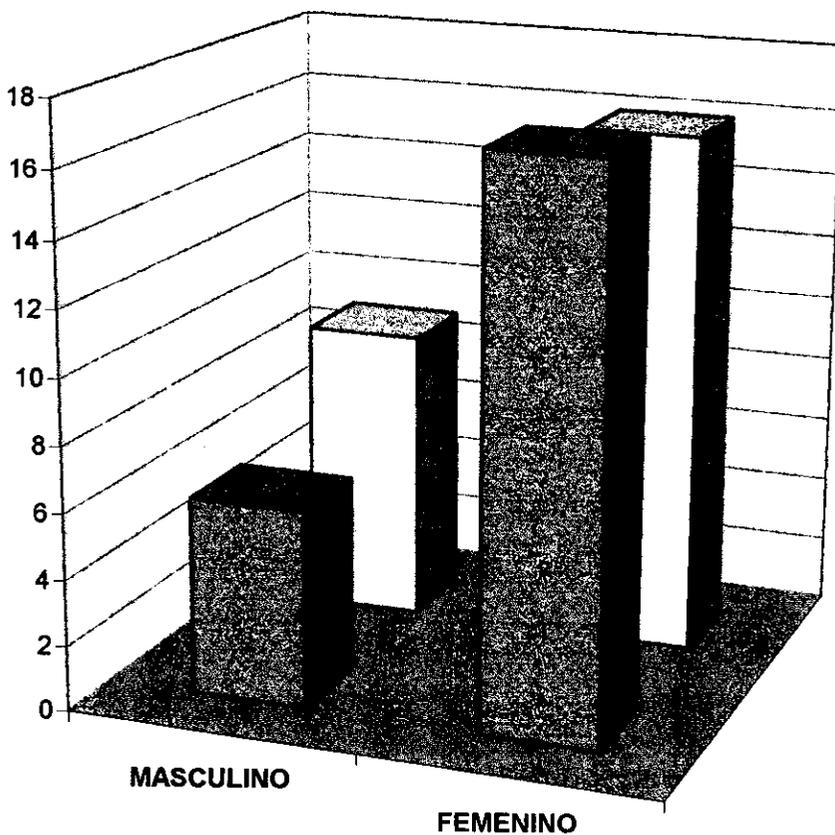
### EDAD



**PACIENTES POR SEXO**

SEXO	MASCULINO	FEMENINO
GRUPO 1	6	17
GRUPO 2	9	16
TOTAL	15	33

### SEXO

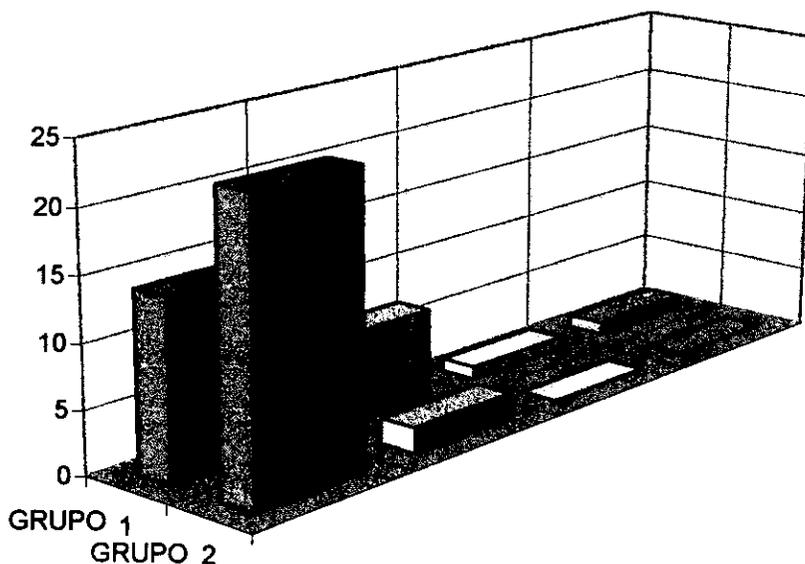


■ GRUPO 1  
□ GRUPO 2

**CIRUGIAS REALIZADAS**

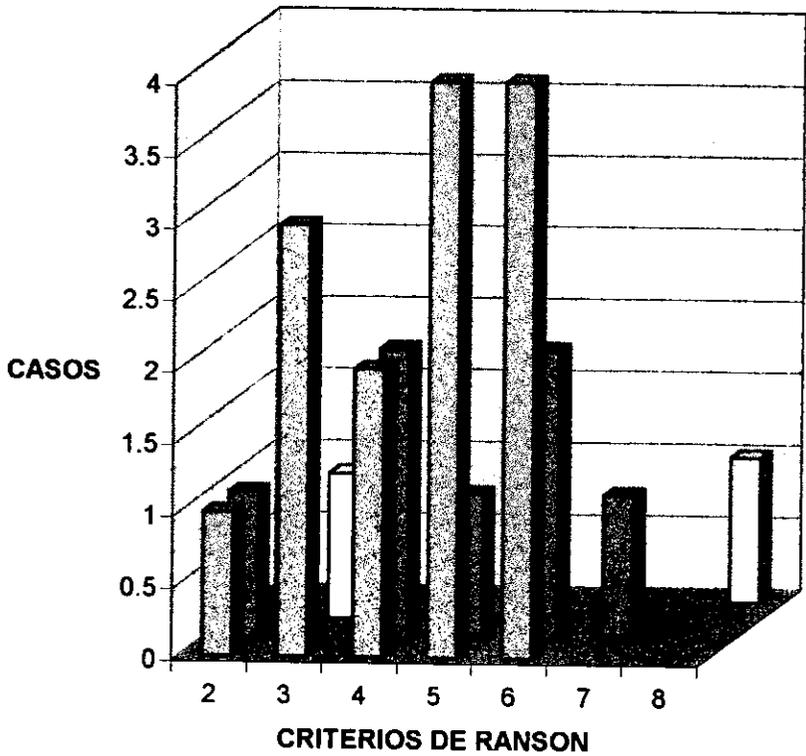
CIRUGIA	GRUPO 1	GRUPO 2
COLECISTECTOMIA	14	23
COLECISTECTOMIA EXPLORACION DE VIAS BILIARES. .	7	2
COLECISTECTOMIA EXPLORACION DE VIAS BILIARES. DRENAJE PANCREATICO.	1	0
COLECISTECTOMIA RESECCION DE PSEUDOQUISTE DE PANCREAS. MARSUPIALIZACION	1	0
TOTAL	23	25

### CIRUGIA REALIZADA



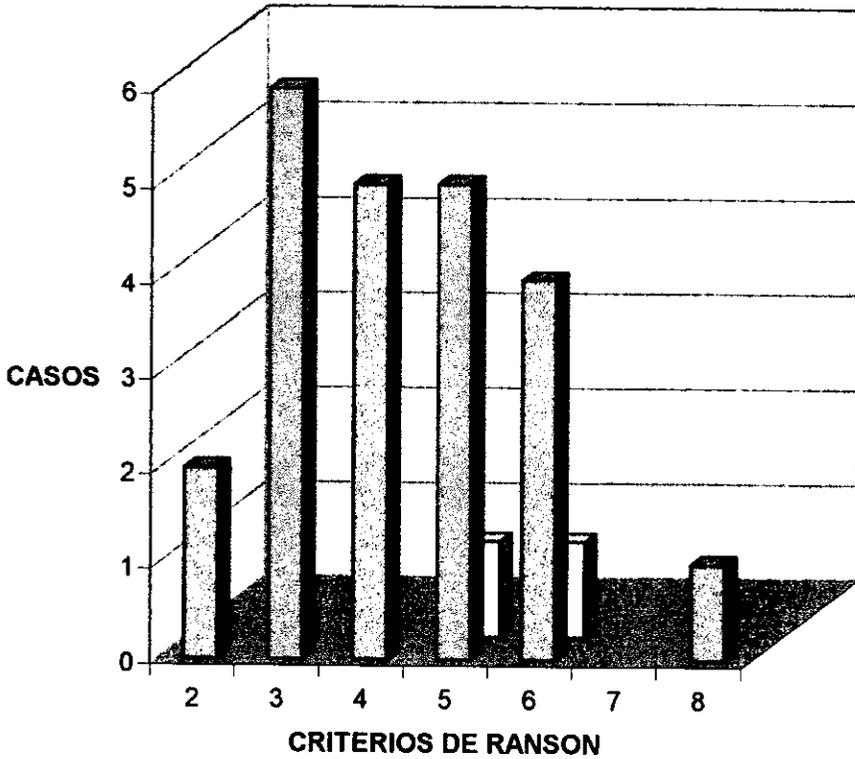
- COLECISTECTOMIA
- COLECISTECTOMIA, EXPLORACION DE VIAS BILIARES
- COLECISTECTOMIA, EXPLORACION DE VIAS BILIARES, DRENAJE PANCREATICO
- COLECISTECTOMIA, RESECCION DE PSEUDOQUISTE PANCREATICO, MARSUPIALIZACION

### GRUPO 1 CIRUGIA REALIZADA



- COLECISTECTOMIA
- COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION DE VIAS BILIARES
- COLECISTECTOMIA, RESECCION DE PSEUDOQUISTE, MARSUPIALIZACION
- COLECISTECTOMIA EXPLORACION DE VIAS BILIARES DRENAJE PANCREATICO

### GRUPO 2 CIRUGIA REALIZADA

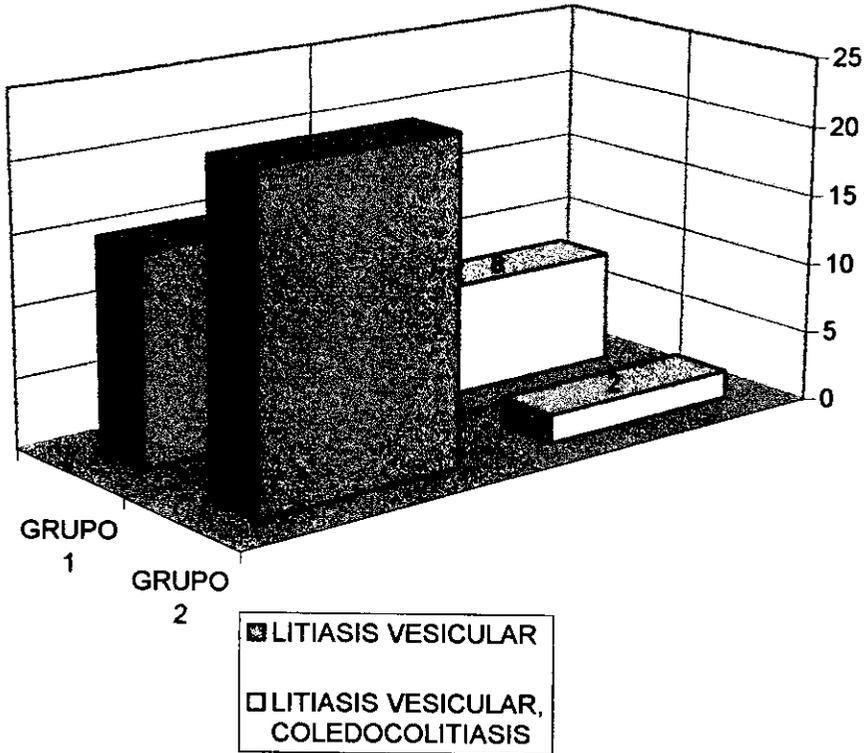


- COLECISTECTOMIA
- COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION DE VIAS BILIARES
- COLECISTECTOMIA RESECCION DE SEUDOQUISTE MARSUPIALIZACION
- COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION DE VIAS BILIARES DRENAJE PANCREATICO

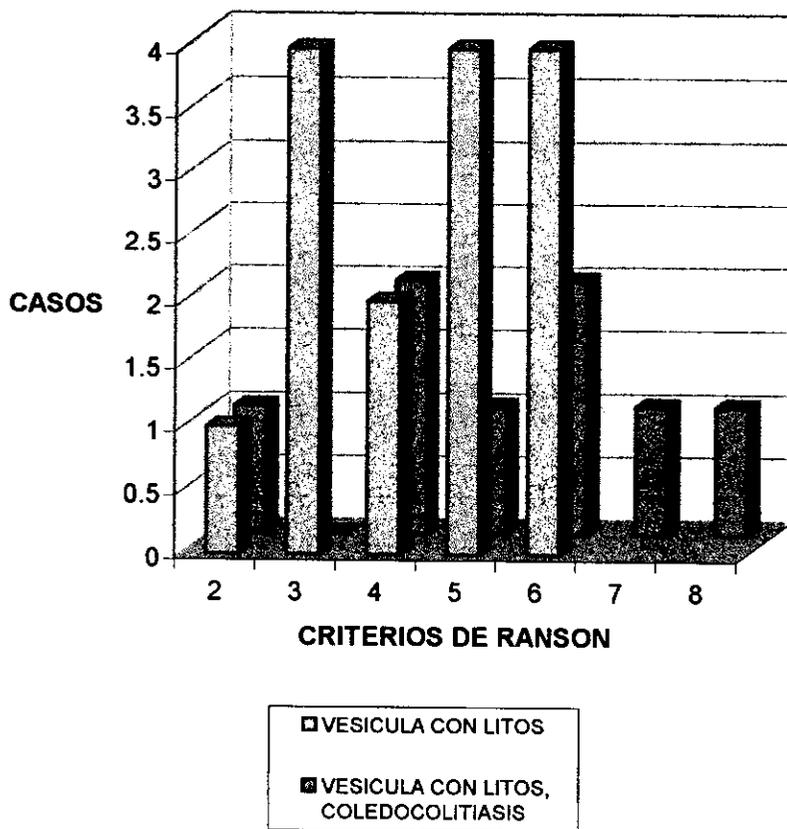
**HALLAZGOS QUIRURGICOS  
VESICULA Y VIAS BILIARES**

HALLAZGO	GRUPO 1	GRUPO 2
VESICULA CON LITOS. COLEDOCOLITIASIS.	8	2
VESICULA CON LITOS SIN COLEDOCOLITIASIS	15	23
TOTAL	23	25

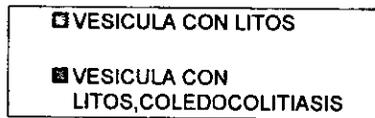
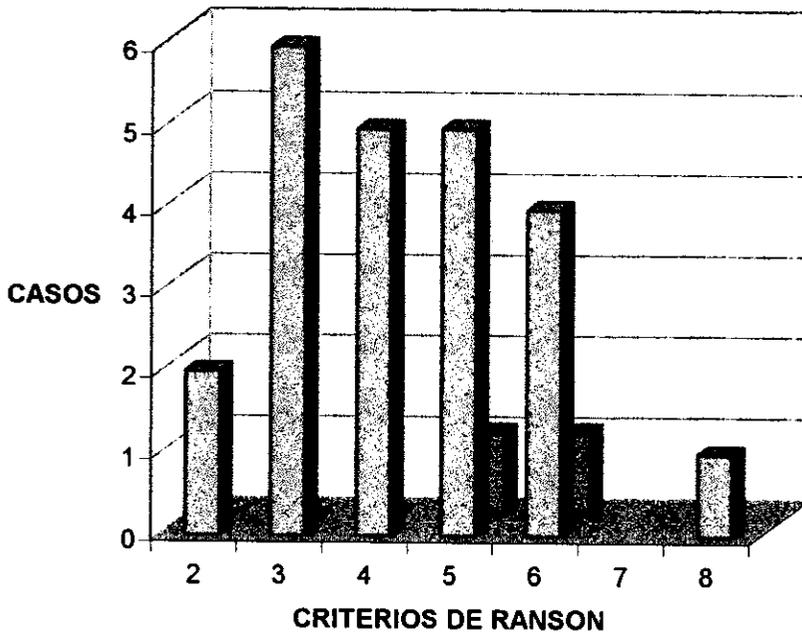
## HALLAZGOS VESICULA Y VIAS BILIARES



### GRUPO 1 HALLAZGOS QUIRURGICOS HIGADO Y VIAS BILIARES



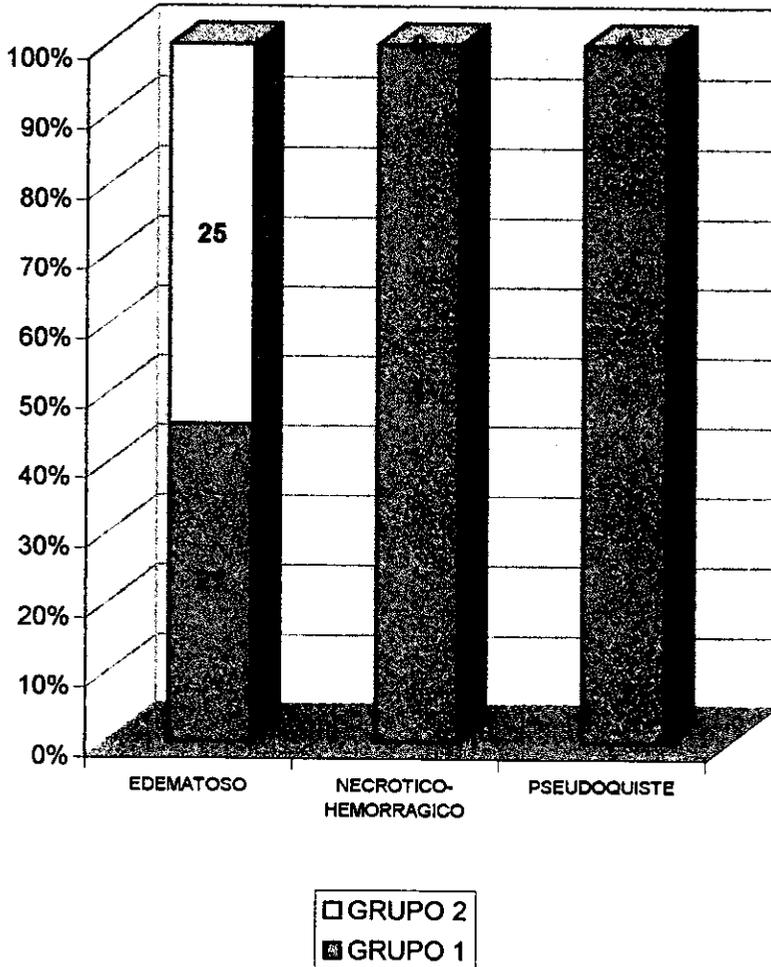
### GRUPO 2 HALLAZGOS QUIRURGICOS VESICULA Y VIAS BILIARES



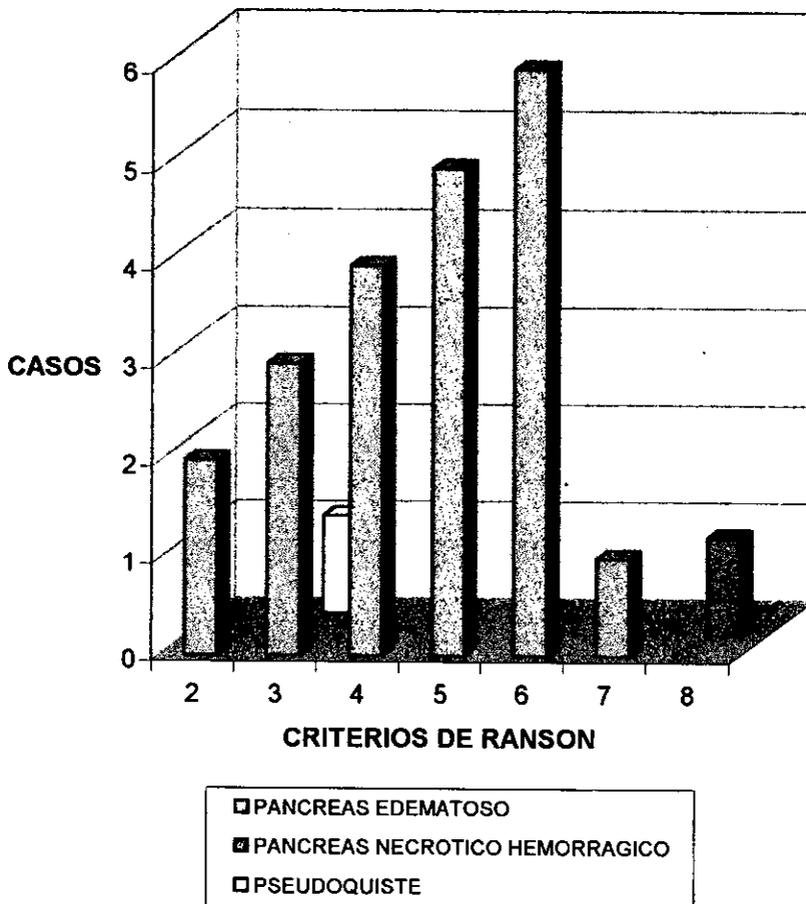
**HALLAZGOS QUIRURGICOS  
PANCREAS**

HALLAZGO	GRUPO 1	GRUPO 2
PANCREAS EDEMATOSO	21	25
PANCREAS NECROTICO HEMORRAGICO	1	0
PSEUDOQUISTE	1	0
TOTAL	23	5

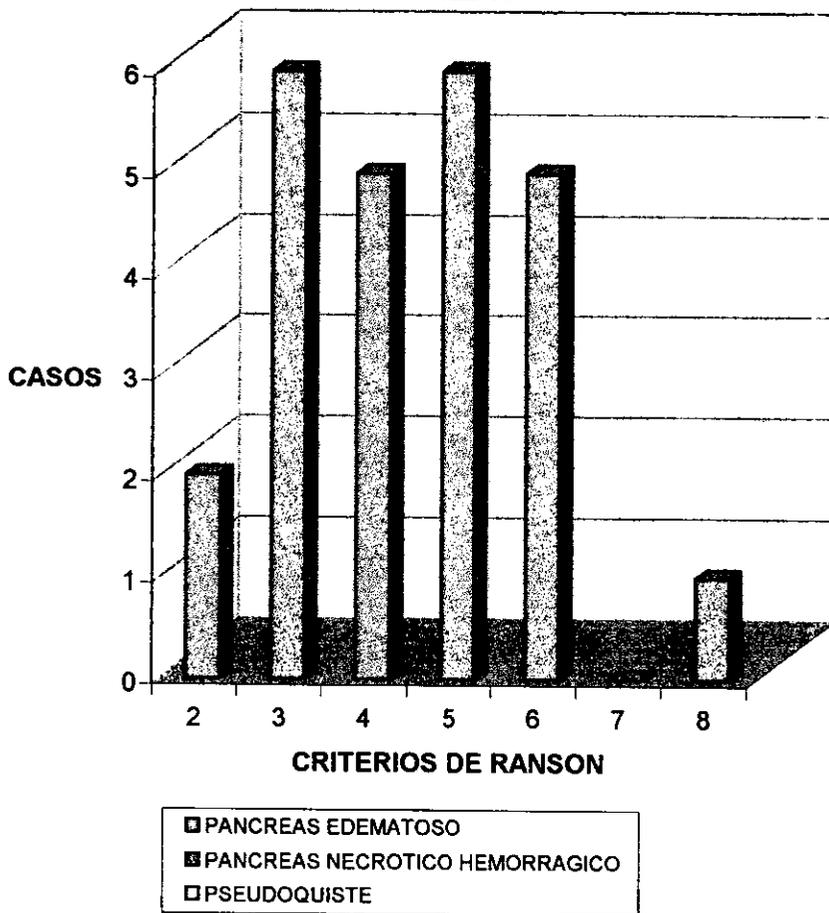
### HALLAZGOS QUIRURGICOS PANCREAS



### GRUPO 1 HALLAZGOS QUIRURGICOS PANCREAS



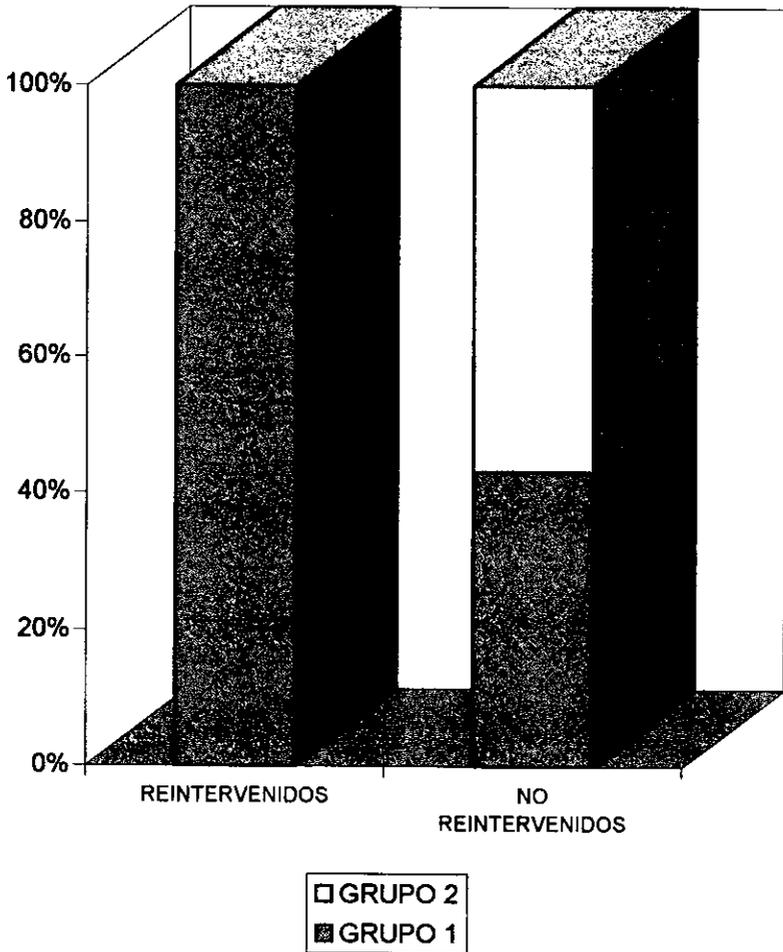
### GRUPO 2 HALLAZGOS QUIRURGICOS PANCREAS



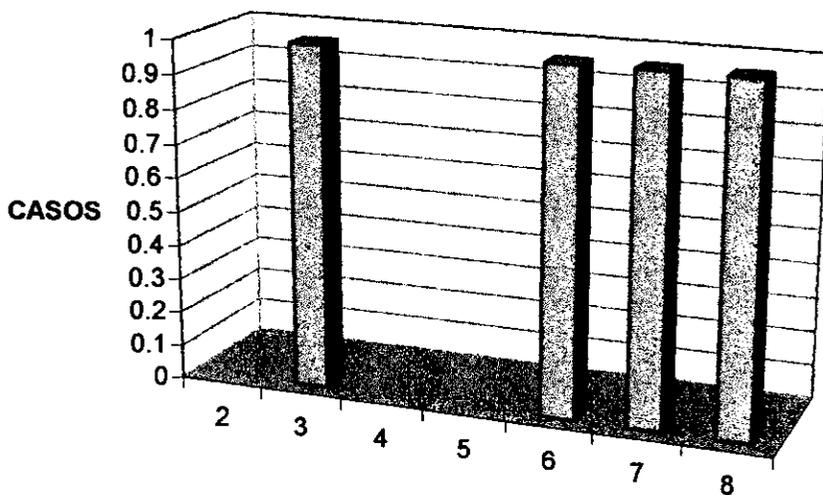
**PACIENTES REINTERVENIDOS**

	GRUPO 1	GRUPO 2
PACIENTES REINTERVENIDOS	4	0
PACIENTES NO REINTERVENIDOS	19	25
TOTAL	23	25

### REINTERVENCIONES



### REINTERVENCIONES



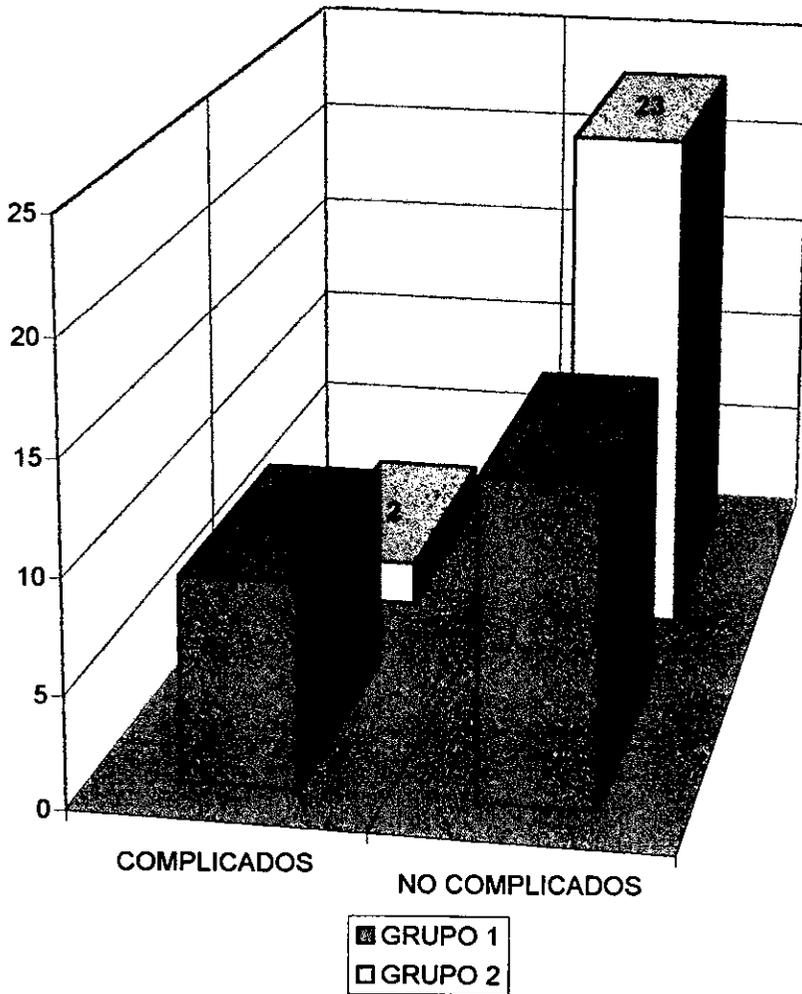
### CRITERIOS DE RANSON



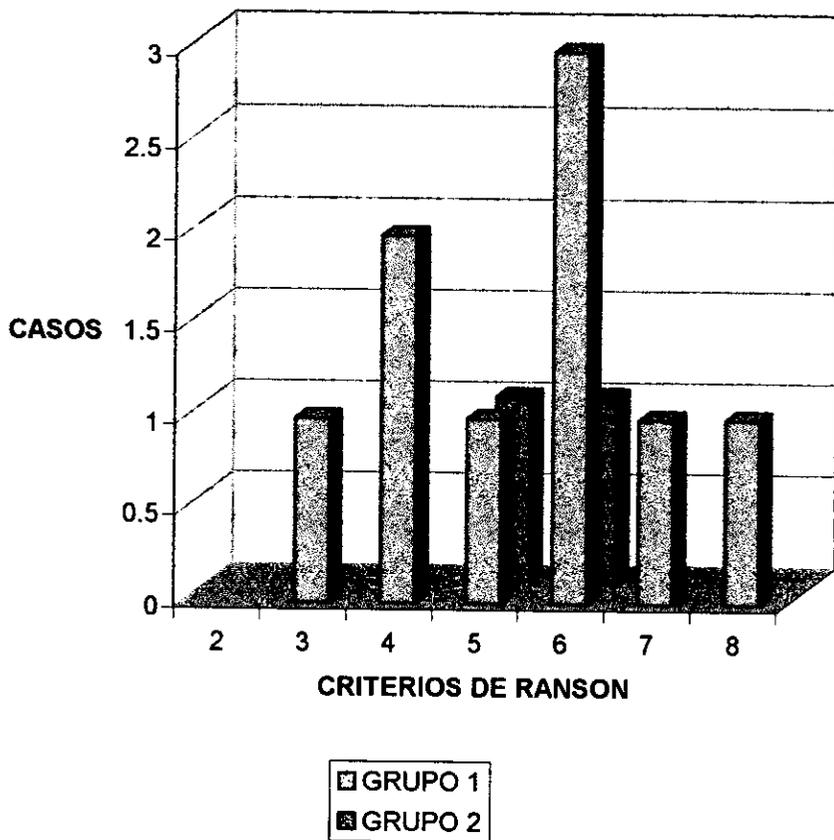
**PACIENTES COMPLICADOS**

<b>PACIENTES</b>	<b>GRUPO 1</b>	<b>GRUPO 2</b>
<b>COMPLICADOS</b>	9	2
<b>NO COMPLICADOS</b>	14	23
<b>TOTAL</b>	23	25

### PACIENTES COMPLICADOS



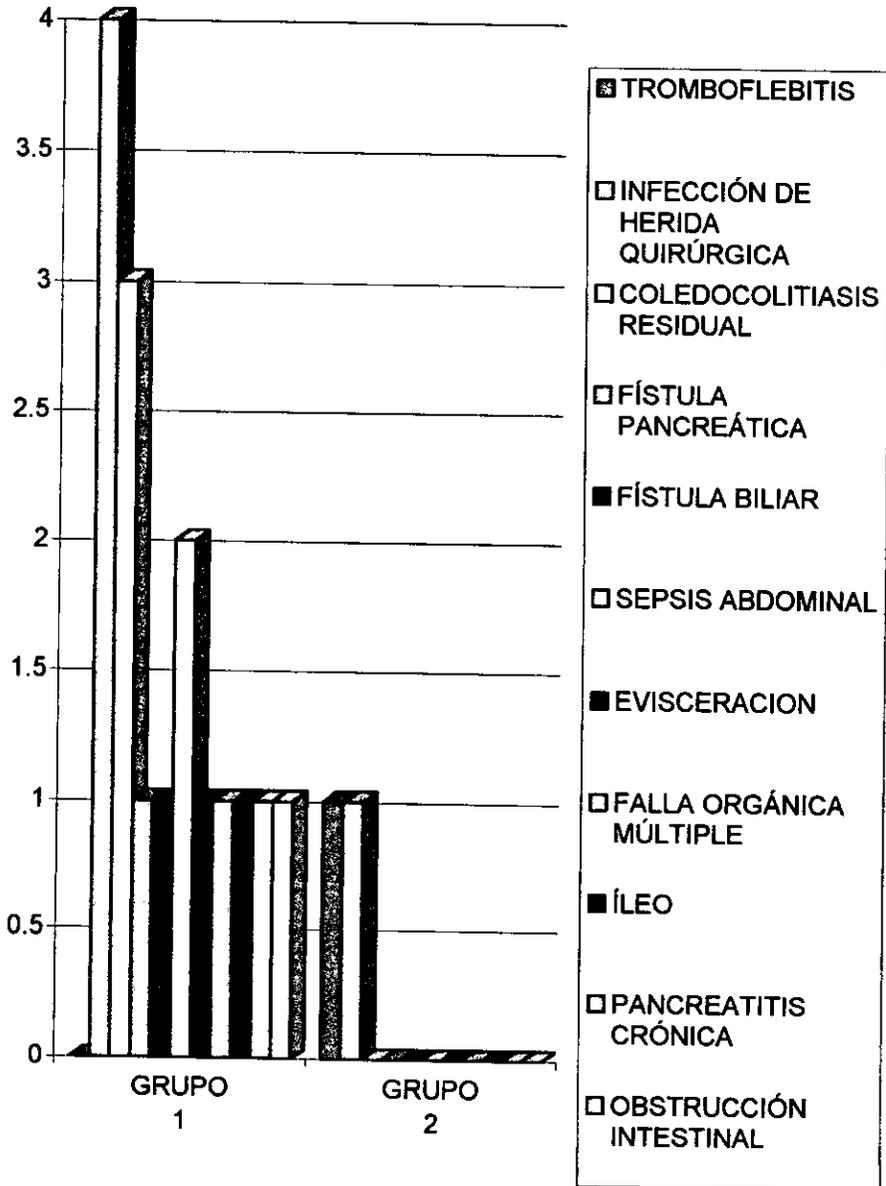
### PACIENTES COMPLICADOS



**COMPLICACIONES**

COMPLICACIONES	GRUPO 1	GRUPO 2
TROMBOFLEBITIS	0	1
INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA	4	1
COLEDOCOLITIASIS	3	0
FISTULA PANCREATICA	1	0
FISTULA BILIAR	1	0
SEPSIS ABDOMINAL	2	0
EVISCERACION	1	0
FALLA ORGANICA	1	0
ILEO	1	0
PANCREATITIS CRONICA	1	0
OBSTRUCCION INTESTINAL	1	0

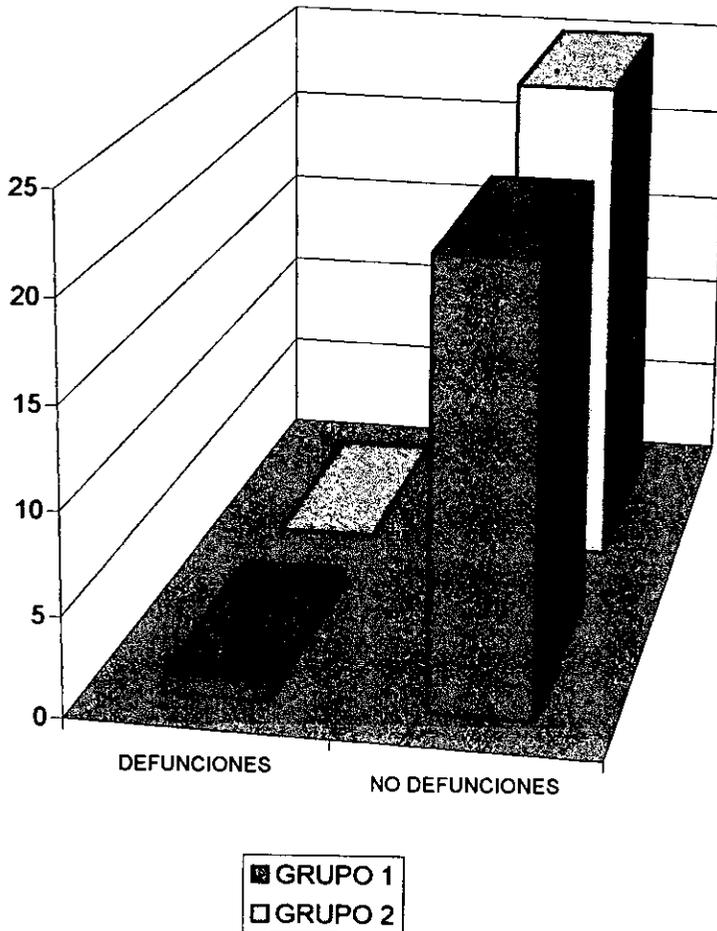
### COMPLICACIONES



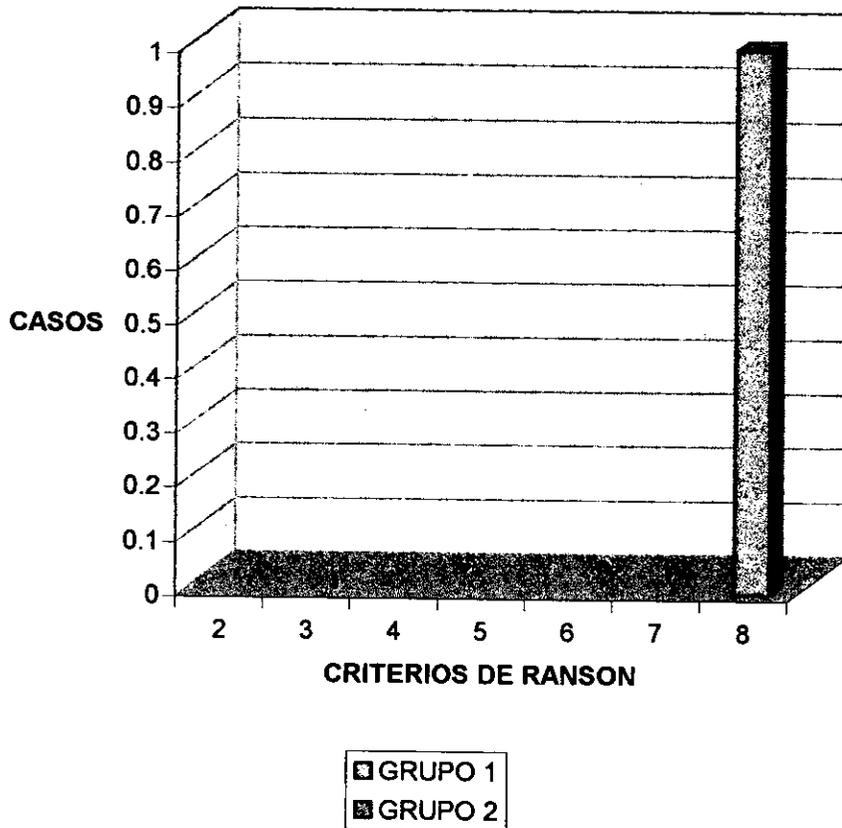
**DEFUNCIONES**

NUMERO	GRUPO 1	GRUPO 2
DEFUNCIONES	1	0
NO DEFUNCIONES	22	25
TOTAL	23	25

### MORTALIDAD



### MORTALIDAD

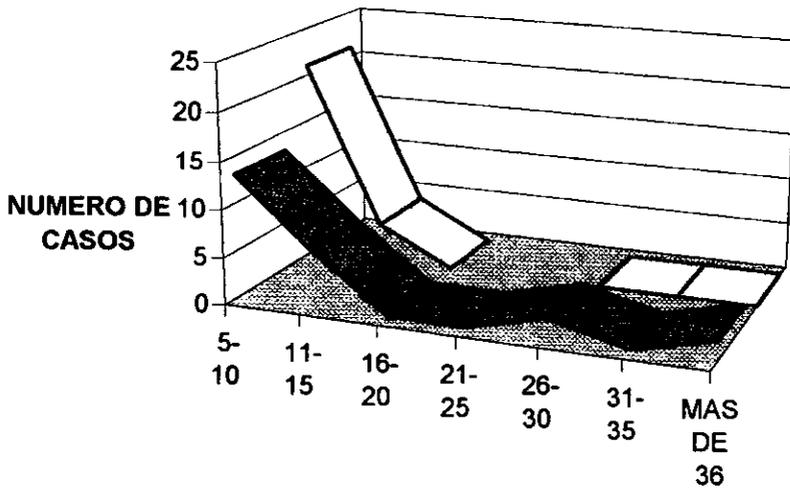


**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

**DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA**

DIAS DE ESTANCIA	GRUPO 1	GRUPO 2
1-8	9	15
9-16	10	10
17-24	0	0
Más de 24	4	0
TOTAL	23	25

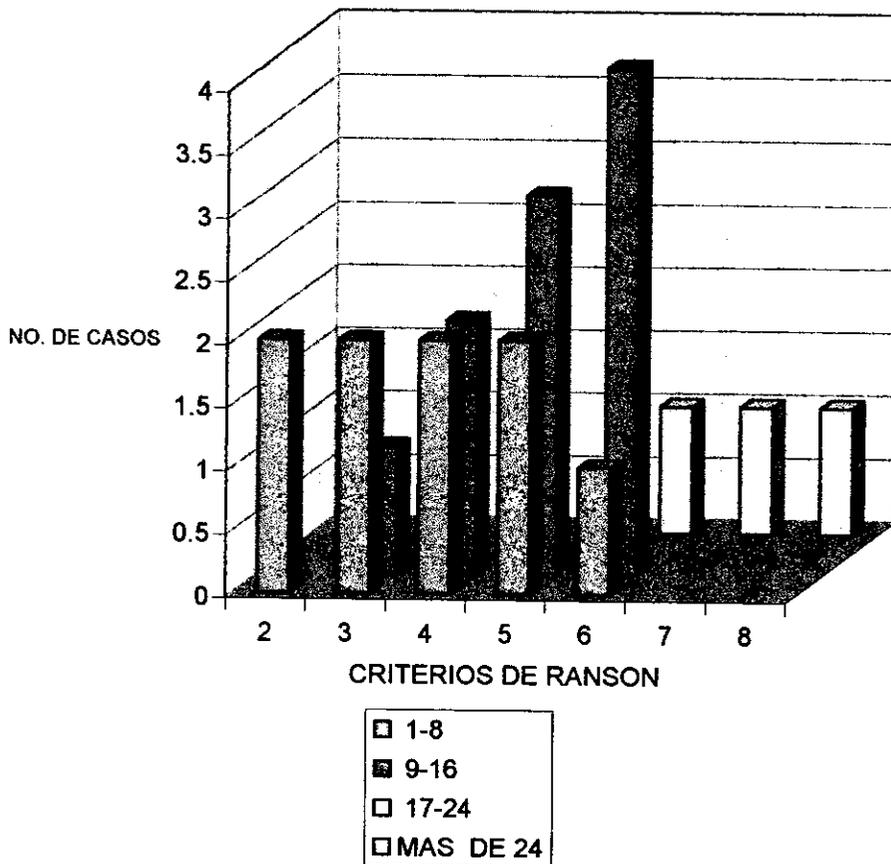
### DIAS DE ESTANCIA



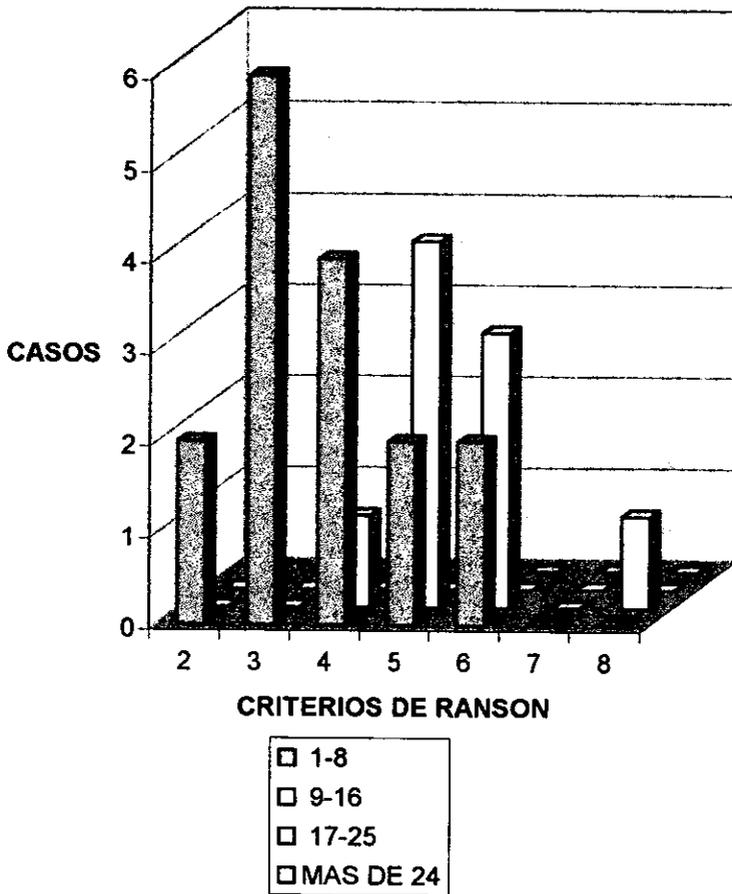
### DIAS DE ESTANCIA



### GRUPO 1 DIAS DE ESTANCIA



### GRUPO 2 DIAS DE ESTANCIA



**MORBIMORTALIDAD****GRUPO 1**

CASO	CRITERIOS DE RANSON	PANCREATITIS	COMPLICACIONES	EVOLUCION
1	7	EDEMATOSA	Coledocolitiasis residual, fistula biliar, evisceración, reintenido, con nueva exploración de vías biliares, cierre de pared, posteriormente infección de herida quirúrgica.	Alta al 30o. día
2	8	NECROTICO HEMORRAGICA	Desarrolló absceso pancreático, se reintervino dos veces para lavados, infección de herida quirúrgica, estancia en UTI, presentó sepsis abdominal, falla orgánica múltiple.	Falleció en UTI al 26o. día.
3	3	PSEUDOQUISTE	Desarrolló fistula pancreática de larga evolución, reintenido por obstrucción intestinal por adherencias, infección de herida quirúrgica.	Alta al 60o. día.
4	4	EDEMATOSA	Coledocolitiasis residual, resuelta por esfinterotomía transendoscópica.	Alta al 15o. día.
5	6	EDEMATOSA	Coledocolitiasis residual, resuelta por esfinterotomía transendoscópica	Alta al 15o. día
6	6	EDEMATOSA	íleo prolongado	Alta al 11o. día
7	6	EDEMATOSA	Absceso pancreático, sepsis abdominal.	Reintervenida en 5 ocasiones para lavados quirúrgicos.

**MORBIMORTALIDAD.****GRUPO 1.**

CASO	CRITERIOS DE RANSON	PANCREATITIS	COMPLICACIONES	EVOLUCION
8	5	EDEMATOSA	Pancreatitis crónica	Alta al 8o. Día de su primer ingreso, internada nuevamente en los siguientes dos años por pancreatitis.
9	4	EDEMATOSA	Infección de herida quirúrgica	Alta al 14o. día.

**GRUPO 2**

CASO	CRITERIOS DE RANSON	PANCREATITIS	COMPLICACIONES	EVOLUCION
1	5	EDEMATOSA	Tromboflebitis	Alta 12o. día
2	6	EDEMATOSA	Infección de herida quirúrgica	Alta al 10o. día

## **DISCUSION.**

La pancreatitis aguda es una entidad patológica caracterizada por inflamación del páncreas causada por la activación, liberación intersticial y digestión de la glándula por sus propias enzimas.

La pancreatitis biliar representa aproximadamente el 40% de todos los casos de pancreatitis y aproximadamente el 90% de los casos agudos, su etiología fué descrita por primera vez por Opie en 1901, el cual propone que se debe a un cálculo impactado en el ámpula de Váter y pasaje de bilis hacia el páncreas y la consiguiente lesión pancreática, está teoría se ha visto corroborada por diversos estudios, y se han encontrado cálculos biliares en las heces del 90% de los pacientes con pancreatitis biliar aguda, también se ha descrito la presencia de un canal común para los conductos colédoco y Wirsung en más del 90% de los pacientes con cuadros de pancreatitis agudas, así como la presencia de reflujo pancreático.

Se considera a la pancreatitis biliar como una indicación precisa de manejo quirúrgico para corregir la patología litiásica, sin embargo existe discrepancia en relación al momento en el cual debe de realizarse la cirugía.

Aún en la actualidad, existe la tendencia en considerar al proceso una urgencia quirúrgica inmediata, la cual debe operarse al momento del ingreso del paciente, una vez dado el manejo inicial, y otra de esperar a la remisión del cuadro agudo para realizar la intervención quirúrgica, en el mismo internamiento dentro de los primeros 5 a 7 días.

En este tiempo, en el cual se cuenta con técnicas de radiología intervencionista y endoscópicas como la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, que ocupa un papel fundamental en el manejo de éstos pacientes y el uso de técnicas quirúrgicas de mínima invasión como la colecistectomía laparoscópica, han cambiado el enfoque de manejo, en cuanto se considera que con la realización preoperatoria de esfinterotomía transendoscópica, pasa a segundo término el momento de operar. Aún en éstos casos, la mayoría de los autores mencionan que la cirugía debe esperar a la remisión del cuadro agudo, para una mejor evolución de los pacientes.

Un gran número de autores concuerda en que es mejor esperar a la remisión del evento agudo para operar, en tanto se mejoran las condiciones generales del paciente, se estabiliza su función metabólica y respiratoria, se impregna de antibióticos, todo ello para disminuir la respuesta inflamatoria aguda del organismo y con ello disminuir el riesgo de llegar a una falla orgánica múltiple, entre la severidad del padecimiento sumado al trauma quirúrgico inmediato.

Es sabido además, que la mayoría de los cálculos que intervienen en la producción de la pancreatitis, pasan al duodeno en 48hrs. a 72 hrs. (antes de 3 días) de iniciado el cuadro, con lo cual se resuelve la obstrucción y se limita el daño, favoreciendo la recuperación del paciente, hecho que apoya que se mantenga al paciente con manejo médico, en tanto se recuperan sus condiciones generales y de ésta manera se reduce la probabilidad de realizar un procedimiento quirúrgico más complicado tal como una exploración de vías biliares.

Nuestro estudio tuvo como objetivo el de evaluar los beneficios de la cirugía diferida durante el mismo internamiento del paciente con pancreatitis biliar aguda y determinar cuál es el mejor momento de operar.

Los grupos que se estudiaron fueron comparativos, ya que no hubo diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, y severidad del cuadro, por lo que el estudio se reconoce como llevado a cabo en pacientes con similares condiciones clínicas y patológicas.

En el estudio se vieron incrementadas las exploraciones de vías biliares requeridas en los pacientes que se manejaron como urgencia, con una diferencia estadística significativa ( $p=0.01$ ), si tomamos en cuenta que la exploración de vías biliares por se incrementa la morbi-mortalidad, el proceder quirúrgico inmediato pondrá en desventaja al paciente para lograr una evolución adecuada y libre de complicaciones.

Al igual que el de otros autores <sup>16,18</sup>, nuestro estudio evidencia que se debe manejar al paciente inicialmente de manera médica, y una vez remitido el cuadro agudo, llevar a cabo la cirugía, en nuestros grupos de pacientes se demuestra que hubo un incremento significativo en la morbilidad de los pacientes operados de urgencia, con incremento en el número de reintervenciones y de complicaciones postoperatorias con un valor estadístico significativo para ambas de  $p=0.01$  y  $p=0.006$  respectivamente.

Aunque hubo una defunción en el grupo de pacientes manejado como urgencia, ésta se presentó en un paciente con una forma grave de pancreatitis necrótico hemorrágica, y no hubo diferencia estadística significativa en cuanto a mortalidad.

A pesar de hablarse de una cirugía diferida a la mejoría de las condiciones clínicas, los días de estancia hospitalaria se redujeron en los pacientes manejados de ésta manera (grupo 2), con un promedio de 8.6 días de internamiento, en comparación con los pacientes operados de urgencia cuyo promedio de estancia fué de 14.73 días.

Por lo anterior concluimos que el manejo de los pacientes con pancreatitis biliar aguda debe ser inicialmente médico, con mejoría de sus condiciones generales y cirugía diferida después de las 48 hrs. de internamiento y durante los primeros cinco días, ya que se demostraron diferencias estadísticas significativas, en cuanto a la evolución de los pacientes, con menores complicaciones, mejor evolución, procedimientos quirúrgicos menos complicados y un alta hospitalaria más temprana.

Cabe señalar por último que solamente hubo una forma grave de pancreatitis, siendo el estudio prácticamente en pancreatitis edematosa y haría falta establecer la utilidad del manejo en las formas severas de pancreatitis, aunque la tendencia debe ser la misma en cuanto al manejo de acuerdo a la literatura.

## **CONCLUSIONES.**

De acuerdo con nuestros resultados podemos concluir que la cirugía diferida durante el mismo internamiento en los pacientes con pancreatitis biliar aguda, una vez remitido el cuadro agudo, mejora la evolución, disminuye la morbilidad, presentándose menos complicaciones, menor necesidad de procedimientos quirúrgicos más complicados y de reintervenciones, reduciendo la estancia hospitalaria de los pacientes y por consiguiente no hay porque realizar una cirugía de urgencia.

La cirugía de urgencia en pacientes con pancreatitis biliar aguda aumenta la morbilidad, con presencia de mayor número de complicaciones, reintervenciones, incrementándose el número de exploraciones de vías biliares requeridas, así como el número de días de estancia hospitalaria, por lo que no hay porque operar de inmediato a éste tipo de pacientes.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Addison NV, Finan P J; Urgent and early cholecystectomy for acute gallbladder disease. *B J Surg* 1988, Feb; 75 (2): 141-3.
2. Bailey RW, Zucker K A et. Al. Laparoscopic cholecystectomy. Experience with 375 consecutive patient, *Ann Surg* 1991 Oct; 214 (4): 515-8.
3. Baillie J. Treatment of acute biliary pancreatitis, *N Engl J Med* 1997 Jan 23; 336 (4): 237-42.
4. Burch J, Feliciano D V, Mattox K L, Gallstone pancreatitis. The question of time. *Arch Surg* 1990 Jul; 125 (7): 853-9.
5. Canal D F, Broadie T A, Results of laparoscopic cholecistectomy for the treatment of gallstone pancreatitis, *Am Surg* 1994 Jul; 60 (70): 495-8.
6. De Virgilio C, Gallstone pancreatitis. The role of preoperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography, *Arch Surg* 1994 Sept; 129 (9): 909-12.
7. De Waele B, Peterson T, et al, Common bile duct stones in acute biliary pancreatitis, and endoscopic study, *Surg laparosc Endosc* 1997, Jun; 7 (3); 248-5.
8. Delorio et al, Acute biliary pancreatitis. The role of laparoscopic cholecystectomy and endoscopic retrograde cholangiopancreatography, *Surg endosc* 1995, Apr; 9 (4): 392-6.
9. Dooley W C, Cameron J L et al, Early versus delayer surgery in gallstone pancreatitis, *H P B Surg* 1989 Nov; 1 (4): 363-6.
10. Elliot D W, Gallstone pancreatitis: When is the optimal time for intervention. *Hepatology* 1989 Dec; 10 (6): 1022-4.
11. Fagniesz P L, Pezet D, et al, Surgical treatment of severe acute pancreatitis. Results of prospective multicenter study of the associations of research in surgery, *Gastroenterology Clin Biol* 1994,; 18(1): 932-7.
12. Fernandez Cruz L et al, Acute biliary pancreatitis: a multicenter study, *Hepatogastroenterology* 1994 Apr; 41 (2): 185-9.
13. Frei G J, Fre V T et al, Biliary pancreatitis: Clinical presentation and surgical management. *Am J Surg* 1986 Jan; 151 (1): 1705.
14. Graham L D, Burrus K G, et al, Laparoscopic cholecystectomy in biliary pancreatitis *Am Surg* 1994 Jan; 60 (1): 40-3.

15. Heij H A, Veen H F, Timing of surgery for acute biliary pancreatitis *Am J Surg* 1985 Mar; 149 (3): 371-4.
16. Kelly T R. Gallstone pancreatitis: the timing of surgery *Surgery* 1980 Sep 88 (3): 345-50.
17. Kelly T R, Swaney P E, Gallstone pancreatitis: the second time around *Surgery* 1982 Oct; 92 (4): 571-5.
18. Kelly T R, Wagner D S. Gallstone pancreatitis: a prospective randomized trial of the timing of surgery, *Surg* 1988 Oct; 104(4): 600-5.
19. Kelly T R, Elliot DW. Proper timing of surgery for gallstone pancreatitis *Am J Surg* 1990 Apr; 159 (4): 361-2.
20. Kelly T R. Gallstone pancreatitis: Optimal timing of surgery. *Hepatology* 1990 Mar; 11 (3): 512-3.
21. Kim V, Shen H Y , et al, Timing of surgery for acute gallstone pancreatitis *Am J Surg* 1988 Nov; 156 (5): 393-6.
22. Liv C L, Lo C M, Acute biliary pancreatitis diagnosis and management. *World J Surg* 1997 Feb; 21 (2): 149-54.
23. Murcer L C, Saltzsten E C, Peacock, Early surgery for biliary pancreatitis *Am J Surg* 1984 Dec; 148 (6): 749-53.
24. Muy C, de Manzini N. Treatment of lithiasis of the common bile duct by endoscopic sphinterotomy and laparosocopic cholecystectomy *Ann Surg* 1994: 48 (1): 31-6.
25. Neuptolemus J P, Endoscopic sphinterotomy in acute pancreatitis *Lancet* 1989 Jan; 1 (8628): 43.
26. Patt M K, Pellegrini C A, Gallstone pancreatitis *Surg Clin North Am* 1990 Dec; 70 (6): 1277-95.
27. Pellegrini, Surgery for gallstone pancreatitis *Am J Surg* 1993 Apr; 165(4): 515-8.
28. Saltzstein EC, Peacock J B, early operation for acute biliary tract stone disease, *Surg* 1983 Oct; 94 (4): 704-8.
29. Schwesinger Wh, Page C P, Biliary pancreatitis operative outcome with a selective approach *Arch Surg* 1991 Jul; 126 (7): 836-9.
30. Stone H, Fabian T C, Gallstone pancreatitis: biliary tract pathology in relation to time of operation *Ann Surg* 1981 Sup; 194(3): 305-12.

31. Tang et al, Timing of laparoscopic surgery in gallstone pancreatitis arch surg 1995 May; 130 (5): 496-4.
32. Tate J J, Lauvy et al, Laparoscopic cholecystectomy for biliary pancreatitis B J Surg 1994 May; 81 (5): 720-2.
33. Tondell P, Stutz K, et al, Acute gallstone pancreatitis: best timing of biliary surgery. Br J Surg 1982 Dec; 69 (12): 709-10.
34. Van der Spuy S, Endoscopic sphincterotomy in the management of gallstone pancreatitis Endoscopy 1981 Jan; 13 (1): 25-6.
35. Welch J P, White C estándar, Acute pancreatitis of biliary origin; is urgent operation necessary Am J Surg 1982 Jan; 143 (1): 120-6.