

99A 11209

99
23
11

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE POSTGRADO

I.S.S.S.T.E

HOSPITAL " DARIO FERNANDEZ FIERRO

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL

TITULO : PANCREATITIS NECROTIZANTE AGUDA

Manejo quirúrgico y evolución clínica

CIRUGIA GENERAL

TESIS DE POSGRADO

DR. JORGE LUIS VAZQUEZ RAMOS.

México , D.F. 1998.

279924

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

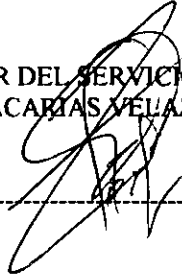
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

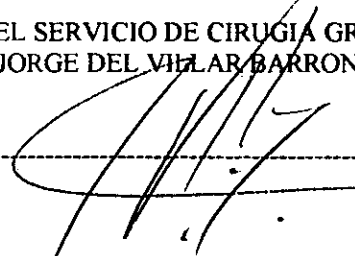
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

AUTORIZACION

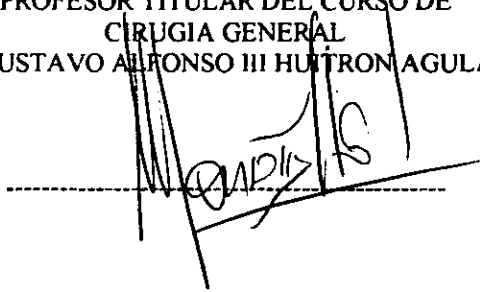
COORDINADOR DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
DR. ZACARIAS VELAZQUEZ GUERRA.



JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GRAL
DR. JORGE DEL VILLAR BARRON



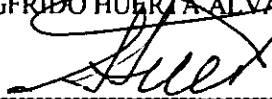
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
CIRUGIA GENERAL
DR. GUSTAVO ALFONSO III HUITRON AGULAR.



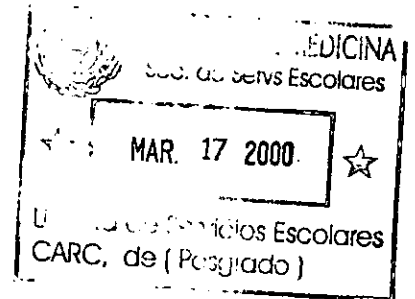
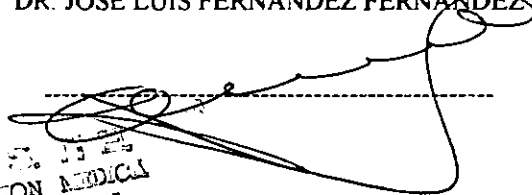
ASESOR DE TESIS
DRA. YOLANDA RODRIGUEZ RODRIGUEZ.



JEFE DE INVESTIGACION
DR. SIGFRIDO HUERTA ALVARADO.



JEFE DE ENSEÑANZA
DR. JOSE LUIS FERNANDEZ FERNANDEZ



DIRECCION MEDICA
HOSPITAL GENERAL

★
JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

PANCREATITIS NECROTIZANTE AGUDA

Manejo Quirúrgico y Evolución clínica

DR. VAZQUEZ RAMOS JORGE LUIS.

SERVICIO DE CIRUGIA GRAL

RESUMEN

En la mayoría de los pacientes (75-80%) la pancreatitis aguda es una enfermedad leve y autolimitada, con una tasa de mortalidad < 3%. Una pequeña proporción de los pacientes desarrollará una enfermedad grave, la pancreatitis necrotizante subaguda, que en el pasado, cuando sólo se trataba con medidas de apoyo convencionales, presentaba una alta mortalidad. El papel de la cirugía en el tratamiento de la pancreatitis necrotizante aguda está fuera de toda duda, aunque aún se discute sobre la necesidad de extraer la necrosis infectada. También es objeto de controversia el momento ideal para efectuar el tratamiento quirúrgico (precoz o tardío) y el tipo de procedimiento (resección pancreática o secuestrectomía). Por otra parte, la falta de acuerdo o la terminología de las diferentes complicaciones locales de la pancreatitis y de las técnicas realizadas origina dificultades a la hora de comparar resultados procedentes de centros diferentes.

SUMMARY

In the majority of the patient (75-80%) the acute pancreatitis is a slight illness and autolimity, with appraisal of mortality of <3%. A small proportion of the patients develops a grave illness, the acute necrotizing pancreatitis that in the past, when only it had dealings with measured of support conventionals, it introduce a tall mortality. The paper of the surgery in the treatment of the acute necrotizing pancreatitis this outside of all doubt, although even the necessity is argued about of extracting the infected necrosis. Also is object of controversy the ideal moment in order to effect the treatment surgical (precoxious or late) and the type of procedure (resection pancreatica or necrosectomia). On the other hand, the lacking in agreement in the terminology of the several local complications of the pancreatitis an of the carried out technique originates difficulties to the hour of comparing proceed of diferent centers.

PANCREATITIS NECROTIZANTE AGUDA

Manejo Quirúrgico y Evolución clínica

DR. VAZQUEZ RAMOS JORGE LUIS.

SERVICIO DE CIRUGIA GRAL

RESUMEN

En la mayoría de los pacientes (75-80%) la pancreatitis aguda es una enfermedad leve y autolimitada, con una tasa de mortalidad < 3%. Una pequeña proporción de los pacientes desarrollará una enfermedad grave, la pancreatitis necrotizante subaguda, que en el pasado, cuando sólo se trataba con medidas de apoyo convencionales, presentaba una alta mortalidad. El papel de la cirugía en el tratamiento de la pancreatitis necrotizante aguda está fuera de toda duda, aunque aún se discute sobre la necesidad de extraer la necrosis infectada. También es objeto de controversia el momento ideal para efectuar el tratamiento quirúrgico (precoz o tardío) y el tipo de procedimiento (resección pancreática o secuestrectomía). Por otra parte, la falta de acuerdo o la terminología de las diferentes complicaciones locales de la pancreatitis y de las técnicas realizadas origina dificultades a la hora de comparar resultados procedentes de centros diferentes.

SUMMARY

In the majority of the patient (75-80%) the acute pancreatitis is a slight illness and autolimity, with appraisal of mortality of <3%. A small proportion of the patients develops a grave illness, the acute necrotizing pancreatitis that in the past, when only it had dealings with measured of support conventionals, it introduce a tall mortality. The paper of the surgery in the treatment of the acute necrotizing pancreatitis this outside of all doubt, although even the necessity is argued about of extracting the infected necrosis. Also is object of controversy the ideal moment in order to effect the treatment surgical (precocious or late) and the type of procedure (resection pancreatica or necrosectomia). On the other hand, the lacking in agreement in the terminology of the several local complications of the pancreatitis an of the carried out technique originates difficulties to the hour of comparing proceed of diferent centers.

ANTECEDENTES

La necrosis pancreática es una área o áreas difusas o focales del parénquima pancreático no viable, que típicamente se asocia con necrosis grasa peripancreática (1,2,3,4). La tomografía axial computada (TAC) dinámica es el estándar de oro para el diagnóstico. Las zonas focales o difusas, bien delimitadas de parénquima pancreático mayores de 3 cm. o que afectan más de 30% del área del páncreas son requisitos para el diagnóstico tomográfico (5,6). La densidad no pasa de 50U Hounsfield en el área de necrosis después de la administración endovenosa (reforzamiento normal 50 a 150 U Hounsfield). Las densidades heterogéneas en la grasa peripancreática representa una combinación de necrosis grasa, acúmulos líquidos y hemorragia. Como resultado de esto, la extensión de la necrosis grasa peripancreática no puede determinarse confiablemente con la TAC (7,8,9). Se desconoce si la resonancia magnética nuclear brindará ventajas sobre la TAC en el futuro. Se han propuesto diversos marcadores de necrosis pancreática, tales como la proteína C reactiva, la elastasa y el péptido de activación del tripsinógeno, los cuales han tenido una utilidad clínica limitada. La distinción clínica entre la necrosis pancreática estéril y la necrosis pancreática difusa es crítica, debido a que el desarrollo de infección en los tejidos necróticos da lugar a un aumento notable de la mortalidad, por otra parte mientras que los pacientes con necrosis pancreática estéril pueden manejarse sin una intervención quirúrgica (10,11,12), la necrosis pancreática infectada es fatal sin drenaje quirúrgico. Debido a que los datos clínicos y los resultados de los estudios de laboratorio son a menudo similares en la necrosis estéril y en la infectada, esta importante distinción puede hacerse mejor con cultivos obtenidos por aspiración por punción percutánea. Esta técnica es segura y el resultado positivo se considera indicación de cirugía (13,14,15).

En el 10 al 20% de los casos de pancreatitis aguda existe una necrosis pancreática que a menudo se encuentra asociada a complicaciones sistémicas. En el medio especializado, en el que más del 80% de los enfermos presenta una pancreatitis aguda necrótica, el 70% desarrolla complicaciones sistémicas, insuficiencia respiratoria en el 60% de los casos, insuficiencia renal aguda en el 40% de los casos, estado de choque en el 20% de los casos (16,17). El fallo polivisceral constituye la causa principal de fallecimiento, por lo que es importante conocer los riesgos de realizar en el tiempo oportuno algún procedimiento quirúrgico como puede ser la pancreatectomías parciales u necrosectomías (18,19,20).

MATERIAL Y METODOS

Se realizó estudio retrospectivo, transversal a un grupo 152 pacientes con diagnóstico de pancreatitis agudizada, en un periodo comprendido a partir del 1ro. de Enero de 1992 al 1ro de Agosto de 1998. De los cuales 21 de estos paciente fueron seleccionados (17 del sexo Masculino y 4 del sexo Femenino) por presentar criterios de inclusion al momento de someterseles a Laparotomia Exploradora encontrandoseles tejido pancreático u peri pancreático necrotico sin evidencias de colecciones (pseudoquiste u abscesos pancreáticos).

Además de encontrarse elevaciones de enzimas pancreáticas (amilasa, lipasa) y leucocitosis. A estos 21 pacientes se les marco con el diagnóstico de pancreatitis necrotizante agudizada y se les dio seguimiento para observar su evolucion y mejoría dependiendo del manejo quirúrgico realizado (resección pancreatica u necrosecromia)

RESULTADOS

En la tabla 1 se detallan el número de pacientes del estudio.

PANCREATITIS NECROTIZANTE AGUDA

AÑO	PANCREATITIS AGUDA		PANCREATITIS NECROTIZANTE AGUDA	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
1992	16	3	2	1
1993	17	2	1	1
1994	20	4	3	0
1995	17	5	2	1
1996	18	1	4	0
1997	23	4	3	1
1998	19	3	2	0
TOTAL	130	22	17	4

FUENTE: Expedientes clínicos. Archivo del Hospital Dario Fernandez.

Se sometio a un total de 7 pacientes a una resección pancreatica (5 distal y 2 subtotal) con 4 fallecimientos. Cuatro de las resecciones se realizaron dentro de la primera semana de enfermedad

Catorce pacientes fueron sometidos a necrosectomía primaria produciéndose 4 fallecimientos. Las técnicas adicionales practicadas durante la primera intervención incluyen colecistectomía en 7 pacientes y resección subtotal de intestino delgado. las complicaciones importantes fueron frecuentes y fueron:

COMPLICACIONES	RESECCION	SECUESTRECTOMIA
LOCALES		
ABSCESO-NECROSIS	2	6
FISTULA PANCREATICA	1	3
HEMORRAGIA	3	1
OBSTRUCCION BILIAR	1	0
SISTEMICAS		
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	7	5
INSUFICIENCIA RENAL	3	2
DIABETES	5	2

Evolución: 15 pacientes (71%) murieron a una mediana del tiempo de 22 días desde el inicio del episodio. Cinco de estos 8 pacientes murieron dentro de los 4 días despues de su primera intervención, la sepsis y el fracaso multi sistémico fueron la principal causa de muerte en 6 pacientes, siendo la sepsis causante de 3 de los 4 fallecimientos tras secuestrectomía..

CONCLUSIONES

Es aún objeto de discusión cual es el mejor tratamiento quirúrgico de la pancreatitis necrotizante aguda. Hollander et al, revisando la experiencia colectiva de doce centros europeos, encontraron que la pancreatectomía subtotal tenía una tasa de mortalidad promedio de 42% y de la pancreatectomía total del 60%. La conducta más conservadora consiste en diferir el tratamiento quirúrgico hasta la segunda u posteriores semanas y reseca sólo el tejido pancreático u peripancreático no viable, (necrosectomía).

parece estarse volviendo cada vez más popular y ha sido el objetivo de nuestro análisis de este problema. En nuestro estudio lo que observamos fué una evolución más satisfactoria en pacientes que se les realizó necrosectomía (14 pacientes) con 4 fallecimientos y a los pacientes que se les realizó resección pancreática (7) se apreciaron 4 defunciones con una mediana de vida de 22 días posterior a la primera intervención quirúrgica. La decisión de intervenir quirúrgicamente y el momento escogido se basaron en nuestros pacientes en una valoración clínica, aunque la información obtenida por los métodos de diagnóstico por imagen contribuyó a la toma de decisión en 10 pacientes. Ha sido difícil establecer la indicación precisa del tratamiento quirúrgico. La mejora de la TAC, especialmente, con la aparición de las técnicas de captación de contraste, puede ser útil en este sentido, ya que parece diferenciar entre el tejido pancreático viable (que capta contraste) y el necrosado. Aunque a la mayoría de los pacientes con pancreatitis necrotizante aguda, puede tratarse con esta conducta expectante, una minoría, los enfermos con una pancreatitis aguda fulminante, pueden continuar deteriorándose a pesar del lavado peritoneal. La única posibilidad para salvar a este tipo de pacientes es la operación precoz con resección pancreática. La técnica pancreática que debe utilizarse en los pacientes que sobreviven a la fase precoz de la enfermedad dependen de los hallazgos de la laparotomía, y en particular, de la extensión y localización de la necrosis. Si juzgamos a partir de los datos de Hollander et al, daría igual escoger la secuestrectomía o la resección. Los resultados de nuestra serie sugieren que nuestros enfermos sometidos a resección presentan un curso postoperatorio más prolongado y complicado pero con menos problemas tipo sepsis y recidiva de la necrosis que aquellos que se les realiza necrosectomía.

BIBLIOGRAFIA:

1. Sarr MG, Nagorney DM, Mucha P, Jr., et al. Acute necrotizing pancreatitis: management by planned, staged pancreatic necrosectomy, debridement and delayed primary wound closure over drains. *Br J Surg* 1991;78: 576-581.
2. Rau B, Uhl W, Buchler MW, et al. Surgical treatment of infected necrosis. *World J Surg* 1997; 21:155-161.
3. Bradley EL, III. Surgical indications and techniques in necrotizing pancreatitis. In acute pancreatitis: diagnosis and Therapy. E.L. Bradley, editor, New YORK. Raven, 1994, pp 105-117.
4. Rau B, Pralle U, Uhl W, et al. Management of sterile necrosis in instances of severe acute pancreatitis. *J Am Coll Surg* 1995;181:279-288.
5. Uomo G, Visconti M, Manes G, et al. Nonsurgical treatment of acute necrotizing pancreatitis. *Pancreas* 1996;13: 142-148.
6. Steinberg WM, Barkin J, Bradley EL, III, et al. controversies in clinical pancreatology. *Pancreas* 1996. 13: 219-225.
7. Rattner DW, Legermate DA, Lee MJ, et al. Early surgical debridement of symptomatic pancreatitis necrosis is beneficial irrespective of infection. *Am J Surg* 1992;163:105-110.
8. Tran DD, Cuesta MA. Evaluation of severity in patients with acute pancreatitis. *Am J Gastroenterology* 1992;87:604-608.
9. Mier J, Leon EJ, Castillo, et al. Early versus late necrosectomy in severe necrotizing pancreatitis. *Am J Surg* 1995;173:71-75.
10. Wilson C, McArdle CS, Carter DC, et al. Surgical treatment of acute necrotizing pancreatitis. *Br J Surg*. 1988;75:1119-1123.
11. Wertheimer MD, Norris CS. Surgical management of necrotizing pancreatitis. *Arch Surg* 1986;121:484-487.
12. Larvin M, Chalmers AG, Robinson PJ, et al. Debridement and close cavity irrigation for the treatment of pancreatic necrosis. *Br J Surg* 1989;76:465-471.
13. Bassi C, Vasantini S, Nifosi F, et al. Pancreatic abscess and other pus harboring collections related to pancreatitis: a review of 108 cases. *World J Surg* 1990;14:505-511.
14. Nordback I, Pessi T, Auvinen O, Autio V. Determination of necrosis in necrotizing pancreatitis. *Br J Surg* 1985;72: 225-227.
15. Nordback IH, Auvinen O. A Long-term results after pancreas resection for acute necrotizing pancreatitis. *Br J Surg* 1985;72:687-689.
16. Smadja C, Bismuth H. Pancreatic debridement in acute necrotizing pancreatitis: an obsolete procedure? *Br J Surg* 1986;73:408-410.
17. Wilson C, Imrie CW, Carter DC. Fatal acute pancreatitis. *Gut* 1988;29:782-788.
18. Beger HG, Buchler M, Bittner R, Block S, Roscher R. Necrosectomy and postoperative local lavage in patients with necrotizing pancreatitis- results of a prospective clinical trial. *Digestion* . 1986;35:8.
19. Berger HG, Krautzberger W, Bittner R, Block S, Buchler M. Results of surgical treatment necrotizing pancreatitis. *Br J Surg* 1985;9:972-979.
20. Bradley EL, Fullenwider JT. Open treatment of pancreatic abscess. *Surg Gynecol Obstet* 1984;159:509-513.

COPIA TESIS NO SEBE
DE LA BIBLIOTECA