

11210

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION**

**SECRETARIA DE SALUD**

**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA**

18

**ESTUDIO RETROSPECTIVO DE PACIENTES CON  
PANCREATITIS AGUDA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE  
PEDIATRIA: ETIOLOGIA Y COMPLICACIONES QUIRURGICAS**

**TRABAJO DE INVESTIGACION**

QUE PRESENTA EL

**DR. URIEL IRIAM OROZCO GORDOA**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
CIRUGIA PEDIATRICA**



MEXICO, D. F.

**INP**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



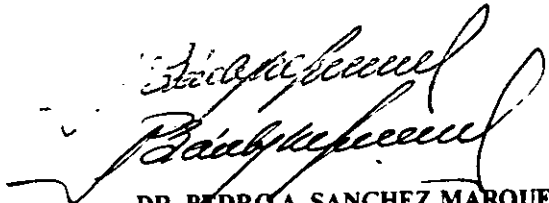
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

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

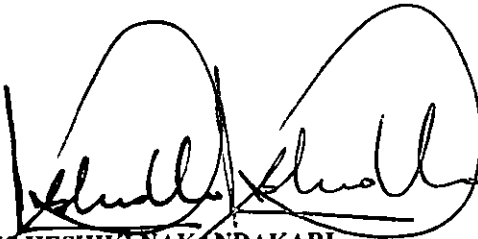
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

**ESTUDIO RETROSPECTIVO DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA  
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA: ETIOLOGIA Y  
COMPLICACIONES QUIRURGICAS**



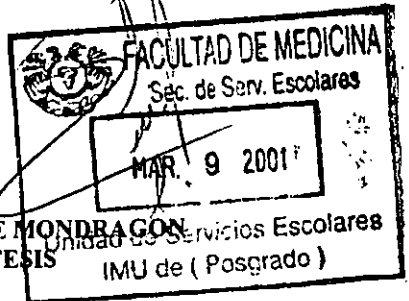
**DR. PEDRO A. SANCHEZ MARQUEZ  
SUBDIRECTOR GENERAL DE ENSEÑANZA**



**DR. LUIS HESHIKI NAKANDAKARI  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PRE  
Y POSGRADO**



**DR. JORGE MAZA VALLEJOS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO**



**DR. LUIS DE LA TORRE MONDRAGON  
TUTOR DE TESIS**

Unidad de Servicios Escolares  
IMU de ( Posgrado )

**INDICE**

PORTADA	Página 1
HOJA DE FIRMAS	Página 2
INDICE	Página 3
RESUMEN	Página 4
ABSTRACT	Página 6
INTRODUCCIÓN	Página 7
OBJETIVO	Página 10
MATERIAL Y MÉTODO	Página 10
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	Página 10
DEFINICIONES OPERACIONALES	Página 11
RESULTADOS	Página 13
DISCUSIÓN	Página 15
BIBLIOGRAFÍA	Página 18
TABLAS	Página 20
ANEXO 1	Página 24

**Resumen:**

El páncreas es una glándula de secreción mixta. Cuando se altera la dinámica en el flujo de la secreción exócrina, se origina un proceso inflamatorio agudo llamado pancreatitis aguda (PA). La activación puede ser acinar o dentro de los conductos, por diversas causas.

La PA es un diagnóstico nosológico, con múltiples etiologías que es importante conocer para tratarlas de manera específica y evitar recaídas, recidivas y complicaciones. Cuando no hay causa evidente de PA después de un estudio completo y orientado, se denomina "idiopática" (diagnóstico de exclusión). Gracias al uso de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), se identifican con mayor frecuencia las malformaciones congénitas del páncreas como causa de PA, disminuyendo el número de casos "idiopáticos".

Objetivo: 1) Conocer la frecuencia de PA en el servicio de Cirugía general del Instituto Nacional de Pediatría, 2) Determinar las causas de PA en los niños tratados en el servicio de Cirugía general del Instituto Nacional de Pediatría, 3) Conocer las complicaciones de estos pacientes y 4) Determinar si a los pacientes con PA tratados por este servicio se les pudo estudiar en forma completa.

Material y método: Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de PA tratados en el servicio de Cirugía general del Instituto Nacional de Pediatría de enero de 1991 a marzo de 1996. Se registraron en una hoja de recolección expofesa las variables: sexo, edad de presentación, duración del internamiento, diagnóstico etiológico, tipo de evolución y complicaciones. Para determinar si el paciente se estudió en forma completa, se registró la existencia de estudios pertinentes para descartar un origen: metabólico, traumático, infeccioso, congénito, biliar, medicamentoso, inmunológico, fibrosis quística, familiar, neoplásico y mixto.

Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio con medidas de tendencia central: promedio para variables continuas y porcentaje en variables categóricas.

Resultados: Encontramos 31 pacientes con PA de enero de 1991 al 31 de marzo de 1996, atendidos por el servicio de Cirugía General del Instituto Nacional de Pediatría; el 71% (22 pacientes) tenían diagnóstico etiológico y el 29% (9 pacientes), como "idiopáticos". Se curaron 21 pacientes (68%), 2 recayeron (6.4%), 3 recidivaron (9.7%), murieron 5 (16%) y 10 se complicaron (32%).

Discusión: La etiología "idiopática" se establece por exclusión. De los 9 pacientes con diagnóstico etiológico "idiopático", solo a dos se les realizaron todos los estudios para descartar algún factor etiológico. Tres de ellos tienen registrados en el expediente estudios para algunas de las causas posibles (metabólico, traumático, infeccioso y medicamentoso) y 4 no tienen ningún estudio registrado en el expediente para determinar la causa de la enfermedad. Los 5 que fallecieron tienen estancia intrahospitalaria corta (6 días o menos), probablemente por lo agresivo de la enfermedad. Es probable que el tiempo de evolución no permitió la realización de todos los estudios pertinentes para encontrar la etiología.

De nuestra población, una tercera parte de los pacientes fue considerada con etiología "idiopática". Debemos reflexionar en la necesidad de estudiar en forma orientada y completa a estos pacientes, ya que al desconocer la causa de la enfermedad, solo se da tratamiento sintomático, dejando la etiología sin tratamiento, incrementándose entonces el riesgo de recaídas, recidivas y complicaciones.

Conclusión: El diagnóstico de PA "idiopática" en el servicio de Cirugía General del INP no está sustentado en 7 de los 9 expedientes de los pacientes con este diagnóstico. Los casos diagnosticados sin tener un estudio completo de la etiología, no deben considerarse "idiopáticos", ya que el diagnóstico se realiza por exclusión. Los casos de PA estudiados en forma parcial tienen mayor riesgo de recaídas, recidivas y complicaciones, ya que solo reciben tratamiento sintomático, dejando sin tratar la causa de la PA.

### Abstract.

The pancreas is a mixed secretion gland. When the flow in the exocrin secretion is altered, begins an acute inflammatory process called Acute Pancreatitis (AP). The activation can be acinous or inside the ducts, by many causes.

The AP is a nosological diagnosis with many etiologies important to know to treat them in an especifically way and avoid relapses, recurrences and complications. When there is no evident cause of AP after a complete and oriented study, it calls "idiopathic" (exclusion diagnosis). Thanks to the endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), the congenital pancreatic malformations are identified more often as a cause of AP, decreasing the number of "idiopathic" cases.

Objetivo: 1) To know the frequency of AP in the General Surgery Service of the Instituto Nacional de Pediatría (INP), 2) To determine the causes of AP in patients of the General Surgery Service of the INP, 3) To know the complications of AP patients handle in the General Surgery Service of the INP, 4) To determine if the AP patients handle in the General Surgery Service of the INP could study in a complete form.

Materials and Methods: The clinic expedients of 31 patients with AP diagnosis treated by the General Surgery Service of the INP between january of 1991 and march of 1996 were reviewed. The information were registrated in an expressly forms, including sex, presentation age, internment duration, etiologic diagnosis, evolution and complications. To determine if the patient is studied in a complete form, we registry the existence of patient studies to discard a metabolic, traumatic, infecious, congenital, biliary, medicinal, immunological, cystic fibrosis, familiar, neoplastic and mixture origin.

Statistical analysis: A descriptive analysis of the study variables with central tendency measure: middle to continuous variable, and percentage in categoric variable.

Results: We found 31 patients with AP between january of 1991, and march of 1996 attended by the General Surgery Service of the INP; 71% (22 patients) have an etiologic diagnosis, and the 29% (9 patients) as "idiopathic"; 21 patients restore to health (68%), 2 relapses (6.4%), 3 recurrence (9.7%), 5 dead (16%), and 10 had a complication (32%).

Discussion: The idiopathic etiology are make by exclusion. From the 9 patients with "idiopathic" etiologic diagnosis, just two have all the studies to discard any etiologic factor. Three have studies registry in the clinical expedient for some of the posible causes

(metabolic, traumatic, infectious and medicinal), and four have no one study to determine the cause of the disease. The five dead patients had a short internment stay (6 days or less), maybe because the disease were very agresive. These fact could interfere in the realization of the ethiologic studies.

One-third of the patients were considered with "idiopathic" etiology. We most think in the need to study in an oriented and complete form these patients. since we unknown the cause of the disease, just give a sindromatic treatment, increasing the risk to relapse, recurrence, and complications, leaving without treatment the AP etiology.

Conclusion: The "idiopathic" AP diagnosis in the General Surgery Service of the INP its no sustented en 7 of 9 expedients of the patients with these diagnosis. The cases diagnostic without a complete ethiologic study, do not be considered "idiopathic", because this diagnosis most be by exclusion. The AP cases study in a parcial form have more risk to relapse, recurrence, and complications, unasmuch they receive a sindromatic treatment, leaving without treatment the AP causes.



## Introducción

El páncreas es una glándula de secreción mixta conformada por acinos e islotes de Langerghans. Su secreción exócrina constituida por enzimas digestivas muy potentes se vierte a través de los conductos pancreáticos hacia el duodeno. Cuando se altera la dinámica en el flujo de esta secreción las enzimas se activan dentro del mismo órgano, y producen un proceso inflamatorio agudo con autodigestión de la glándula, llamado pancreatitis aguda (PA). La activación enzimática puede ser a 2 niveles: el primero a nivel acinar (intracelular), por ejemplo debido al efecto citotóxico de medicamentos como la L-asparginasa, esteroides o ácido valproico, enfermedades metabólicas como hipercalcemia e hipertrigliceridemia, y a enfermedades inmunológicas como el lupus eritematoso sistémico o la artritis reumatoide; y el segundo, a nivel de los conductos pancreáticos, por ejemplo por una obstrucción secundaria a litos, malformaciones congénitas de los conductos, problema biliar o trauma <sup>1,3</sup>.

La PA es una de las enfermedades mas graves que afectan esta glándula y produce un proceso inflamatorio sistémico que puede autolimitarse o llevar a la destrucción total del órgano con muerte del paciente en horas<sup>1,3</sup>.

La clasificación clínica se definió en el Segundo Simposio Internacional en Marsella en 1984 como pancreatitis aguda y crónica. La aguda se caracteriza por dolor abdominal, nausea, vómito, fiebre, elevación de la amilasa sérica y urinaria, ultrasonido abdominal con aumento de volumen, disminución de la ecogenicidad de la glándula, y tomografía computada que demuestra aumento de volumen y disminución de la densidad de la misma<sup>2,4</sup>. Desde el punto de vista anatomopatológico se clasifica como leve o severa; en la primera se presenta necrosis de la grasa peripancreática y edema intestinal, en la segunda se agrega necrosis de la grasa intrapancreática, con o sin necrosis del parénquima y hemorragia<sup>2,4</sup>.

**OBJETIVO:**

- 1) Conocer la frecuencia de PA en el Servicio de Cirugía General del Instituto Nacional de Pediatría.
- 2) Determinar la causas de PA en niños tratados en el Servicio de Cirugía General del Instituto Nacional de Pediatría.
- 3) Conocer la complicaciones de los pacientes con PA tratados en el Servicio de Cirugía General del Instituto Nacional de Pediatría.
- 4) Determinar si los pacientes con PA tratados en el Servicio de Cirugía General del Instituto Nacional de Pediatría se les pudo estudiar en forma completa.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda tratados en el servicio de cirugía general del INP de Enero de 1991 a Marzo de 1996.

Se registraron en una hoja de recolección expresa las variables: sexo, edad de presentación, duración del internamiento, diagnóstico etiológico, tipo de evolución y complicaciones (Anexo 1).

Para determinar si el paciente fue estudiado en forma completa, se registró la existencia de los estudios pertinentes para descartar un origen: metabólico, traumático, infeccioso, congénito, biliar, medicamentoso, inmunológico, fibrosis quística, familiar, neoplásico y mixto.

**Análisis estadístico.**

Se efectuó un análisis descriptivo de las variables de estudio con medidas de tendencia central: promedio para variables continuas y porcentaje, en variables categóricas.

**OBJETIVO:**

- 1) Conocer la frecuencia de PA en el Servicio de Cirugía General del Instituto Nacional de Pediatría.
- 2) Determinar la causas de PA en niños tratados en el Servicio de Cirugía General del Instituto Nacional de Pediatría.
- 3) Conocer la complicaciones de los pacientes con PA tratados en el Servicio de Cirugía General del Instituto Nacional de Pediatría.
- 4) Determinar si los pacientes con PA tratados en el Servicio de Cirugía General del Instituto Nacional de Pediatría se les pudo estudiar en forma completa.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda tratados en el servicio de cirugía general del INP de Enero de 1991 a Marzo de 1996.

Se registraron en una hoja de recolección expresa las variables: sexo, edad de presentación, duración del internamiento, diagnóstico etiológico, tipo de evolución y complicaciones (Anexo I).

Para determinar si el paciente fue estudiado en forma completa, se registró la existencia de los estudios pertinentes para descartar un origen: metabólico, traumático, infeccioso, congénito, biliar, medicamentoso, inmunológico, fibrosis quística, familiar, neoplásico y mixto.

**Análisis estadístico.**

Se efectuó un análisis descriptivo de las variables de estudio con medidas de tendencia central: promedio para variables continuas y porcentaje, en variables categóricas.

**OBJETIVO:**

- 1) Conocer la frecuencia de PA en el Servicio de Cirugía General del Instituto Nacional de Pediatría.
- 2) Determinar la causas de PA en niños tratados en el Servicio de Cirugía General del Instituto Nacional de Pediatría.
- 3) Conocer la complicaciones de los pacientes con PA tratados en el Servicio de Cirugía General del Instituto Nacional de Pediatría.
- 4) Determinar si los pacientes con PA tratados en el Servicio de Cirugía General del Instituto Nacional de Pediatría se les pudo estudiar en forma completa.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda tratados en el servicio de cirugía general del INP de Enero de 1991 a Marzo de 1996.

Se registraron en una hoja de recolección expresa las variables: sexo, edad de presentación, duración del internamiento, diagnóstico etiológico, tipo de evolución y complicaciones (Anexo 1).

Para determinar si el paciente fue estudiado en forma completa, se registró la existencia de los estudios pertinentes para descartar un origen: metabólico, traumático, infeccioso, congénito, biliar, medicamentoso, inmunológico, fibrosis quística, familiar, neoplásico y mixto.

**Análisis estadístico.**

Se efectuó un análisis descriptivo de las variables de estudio con medidas de tendencia central: promedio para variables continuas y porcentaje, en variables categóricas.

### Definiciones operacionales.

Pancreatitis aguda: pacientes con dolor abdominal, náusea, vómito, fiebre, amilasa y depuración de amilasa elevadas, ultrasonido, tomografía o ambas con aumento del tamaño del páncreas y disminución de la ecogenicidad y densidad del mismo, respectivamente.

Pancreatitis postraumática: aquella que se presenta posterior a un traumatismo abdominal.

Pancreatitis por medicamentos: aquella que se relaciona a la ingestión de medicamentos conocidos citotóxicos para el páncreas como valproato, L-asparginasa, esteroides, etc.

Pancreatitis inmunológica: aquella en donde existe una enfermedad inmunológica ya diagnosticada (como Lupus eritematoso sistémico, por ejemplo), o en donde las determinaciones de proteína C reactiva, inmunoglobulinas, anticuerpos antinucleares sean anormalmente altas.

Pancreatitis biliar: aquella donde exista patología de vías biliares previa o durante un evento de pancreatitis como litiasis biliar, quiste de colédoco, estenosis del esfínter de Odi, etc.

Pancreatitis metabólica: aquella que se relaciona a una alteración metabólica demostrada como hipercalcemia, hiperlipidemia, etc.

Pancreatitis infecciosa: aquella donde se presenta el padecimiento y se logra identificar algún agente infeccioso como citomegalovirus, Ebstein barr, virus de la parotiditis, etc.

Pancreatitis congénita: aquella en donde se demuestra alteración en la estructura de los conductos pancreáticos como pancreas divisum, etc.

Pancreatitis secundaria a fibrosis quística: aquella que se presenta asociada a fibrosis quística.

Pancreatitis familiar: aquella en donde hay antecedentes familiares (padres, abuelos, tíos o primos) con pancreatitis.

Pancreatitis de etiología neoplásica es aquella en donde se ha demostrado por ultrasonido, tomografía axial computada o laparotomía exploradora un tumor de páncreas o de órganos adyacentes, que produzcan obstrucción al drenaje exócrino pancreático.

Pancreatitis idiopática: aquella donde no se demostró factor etiológico alguno.

Pancreatitis de etiología mixta es aquella en donde se han identificado más de una de las causas mencionadas.

## **RESULTADOS**

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes ingresados al servicio de Cirugía General del Instituto Nacional de Pediatría del primero de Enero de 1991 al 31 de Marzo de 1996, encontrando a 31 pacientes con diagnóstico corroborado de pancreatitis aguda. Diez fueron hombres y 21 mujeres.

El rango de estancia hospitalaria fué de 1 a 127 días, con un promedio de 21 días, y una mediana de 15 días (Tabla I). La estancia hospitalaria en los pacientes que fallecieron presentaron una estancia máxima de 6 días, con un promedio de 3 días. Cuatro de los 5 pacientes que fallecieron fueron adolescentes y el otro un lactante de 3 meses. Los pacientes con diagnóstico etiológico "idiopático" presentaron una estancia hospitalaria de 5 a 31 días, con un promedio de 13.2 días.

De los 31 pacientes con pancreatitis aguda, 22 (71%) tenían diagnóstico etiológico, y 9 (29%) fueron clasificadas como "idiopáticos". Los diagnósticos etiológicos fueron: 6 por traumatismo cerrado de abdomen (19%), 10 secundaria a medicamentos (32%), siendo los esteroides el agente causal en 3 (9.6%), ácido valproico en 2 (6.4%) y L-asparginasa en 5 (16%). De origen inmunológico se encontraron dos pacientes (6.4%) ambos con Lupus eritematoso sistémico. Dos con hiperlipidemia (6.4%), dos con etiología infecciosa (6.4%), uno por hepatitis viral (3.2%), y otro por parotiditis (3.2%). No encontramos pacientes con etiología biliar, malformaciones de los conductos, familiar o secundario a fibrosis quística o neoplasia demostrada, como causantes del padecimiento (Tabla II).

La evolución de los pacientes fué: 21 se curaron (68%); 2 recayeron (6.4%) uno con hiperlipidemia y otro secundario a L-asparginasa; 3 recidivaron (9.7%), uno por trauma contuso de abdomen (3.2%), y dos de causa "idiopática" (6.4%); 5 murieron (16%), uno con pancreatitis secundaria a esteroides (3.2%), y 4 más con causa "idiopática" de la enfermedad (13%).(Tabla III). Por sexo, de los 10 hombres, 8 vivieron, 3 de ellos y los 2 que fallecieron tenían el diagnóstico de PA "idiopática". De las 21 mujeres, vivieron 18, dos de ellas y dos de las 3 que fallecieron tenían el diagnóstico de PA "idiopática", la otra falleció por una PA secundaria a esteroides.

Diez pacientes se complicaron: 4 con pseudoquistes (13%), uno secundario a L-asparginasa (3.2%), otro secundario a ácido valproico (3.2%) y dos más posterior a trauma abdominal contuso (6.4%). Un paciente con hepatitis viral presentó absceso pancreático (3.2%). Dos más presentaron necrosis de cabeza de páncreas (6.4%) uno por pancreatitis secundaria a LES y el otro secundario a hepatitis viral. Un paciente con PA por hiperlipidemia evolucionó a la pancreatitis crónica (3.2%). Un paciente con PA idiopática presentó choque séptico (3.2%), y otro más presentó colecistitis aguda alitiásica (3.2%) posterior a su cuadro de PA debida a ácido valproico (Tabla IV).



## DISCUSION

La pancreatitis es una de las enfermedades más graves del páncreas. Afortunadamente no es frecuente en la edad pediátrica<sup>1,4</sup>. En 5 años se atendieron en el servicio de Cirugía General del Instituto Nacional de Pediatría (INP) 31 pacientes con pancreatitis aguda, corroborados por clínica, radiología y laboratorio<sup>1,2</sup>. De estos encontramos que en 22 se logró obtener el diagnóstico etiológico, y 9 se catalogaron como de causa "idiopática". Es importante determinar la etiología de la enfermedad para que una vez controlada la pancreatitis como entidad nosológica, se atienda el factor desencadenante o productor de ella, y así evitar recaídas, recidivas y complicaciones <sup>1,3</sup>.

Estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica demuestran que la etiología más frecuente de este padecimiento es la falla orgánica múltiple (22 de 61 pacientes), e ingestión de medicamentos (16 de 54 pacientes)<sup>2</sup>. En Europa se demostró a la rubeola en 19 de 49 pacientes (39%), trauma en 7 (14%) y se clasificaron como idiopáticos a 12 (25%)<sup>4</sup>. En nuestra muestra el antecedente de la administración de medicamentos fue en 10 de 31 pacientes, y dentro de este grupo el 50% habían recibido L-asparaginasa, ampliamente conocido por su efecto citotóxico sobre el páncreas. Los esteroides se encontraron en 3, y el ácido valproico en dos.

Creemos que la diferencia entre ambos reportes se debe a que nuestra muestra fue tomada de un centro de concentración de pacientes donde se tratan padecimientos graves, 8 de los 31 pacientes tenían leucemia previo a la pancreatitis, 2 lupus eritematoso sistémico, y 2 hiperlipidemia.

No encontramos en el estudio a ningún paciente con patología de vías biliares, malformaciones de los conductos pancreáticos, fibrosis quística, o neoplasia como factor etiológico, debido a una búsqueda incompleta del mismo, como explicaremos más adelante.

Extrapolando esta información a nuestro grupo de estudio, es evidente que no solo a los pacientes con etiología "idiopática" se les debe realizar la CPRE. Los 3 pacientes que recidivaron, los dos que recayeron, y los 10 que se complicaron tenían indicación para realizarles el procedimiento como parte de su esquema de estudio para la determinación del factor etiológico. Desgraciadamente el INP no cuenta con el equipo necesario para efectuar la CPRE, y debido a la gravedad de algunos pacientes, no siempre son susceptibles de ser trasladados a otras instituciones en donde se cuente con el recurso.

De la evolución de nuestros pacientes es importante hacer notar que dos de los 3 pacientes que recidivaron y cuatro de los 5 que fallecieron tienen diagnóstico etiológico "idiopático". Los 5 que fallecieron tienen estancia intrahospitalaria corta (6 días o menos), probablemente por lo agresivo de la enfermedad. Es probable que el tiempo de evolución no permitió la realización de todos los estudios pertinentes para encontrar la etiología. Lerner y cols., reportan a la falla orgánica múltiple como la causa más frecuente del fallecimiento en la primera semana de la enfermedad, que concuerda con la causa última del fallecimiento de nuestros pacientes.

En conclusión, podemos decir que en nuestra población la PA se origina con mayor frecuencia por la administración de medicamentos, seguida por el trauma de abdomen, y que casi la tercera parte fue considerado como "idiopática". El diagnóstico de PA "idiopática" en el servicio de Cirugía General del INP no está sustentado en 7 de los 9 expedientes de los pacientes con este diagnóstico. Los casos diagnosticados sin tener un estudio completo de la etiología, no deben considerarse "idiopáticos", ya que el diagnóstico se realiza por exclusión. Los casos de PA estudiados en forma parcial tienen mayor riesgo de recaídas, recidivas y complicaciones, ya que solo reciben tratamiento sintomático, dejando sin tratar la causa de la Pancreatitis Aguda.

**BIBLIOGRAFÍA.**

- 1) Welch K J: The Pancreas. En Welch K J, Randolph J G, Ravitch M M, O'Neill J A, Rowe M I (eds): Pediatric Surgery , cuarta edición, Chicago, Year Book Medical Publishers 1986: 1086- 1095.
- 2) Lerner A, Bransky D, Lebenthal E: Pancreatic diseases in children. *Pediatr clin North Amm* 1996; 43: 125-156.
- 3) Vane D W: Lesions of the pancreas. En Ashcraft K W, Holder T H (eds): *pediatric Surgery* 2nd ed, México. W B Saunders, 1993: 525-534.
- 4) Haddock G, Coupar G, youngson G G, et al: Acute pancreatitis in children: A 15 years review. *J Pediatr Surg* 1994; 29: 719-722.
- 5) Tam P K J, Saing H, Irving I M: Acute pancreatitis in children. *J pediatr Surg* 1985; 20: 58-60.
- 6) Bedford R A, Howerton D H, Geenen J E: The current role of ERCP in the management of benign pancreatic disease. *Endoscopy* 1994; 26: 113-119.
- 7) Tagge E P, Hill J G, Tagge D U, Macpherson R: Pancreatic surgery in children. *Curr Op Pediatr* 1995; 7: 342-348.
- 8) Shimizu S, Tada M, Kawai K: Diagnostic ERCP. *Endoscopy* 1994; 26: 88-92.
- 9) Millar A J W, Rode H, Stunden R J, et al: Management of pancreatic pseudocysts in children. *J Pediatr Surg* 1988; 23: 122-127.
- 10) Sanfey H, Aguilar M, Jhones R S: Pseudocysts of the pancreas, a review of 97 cases. *Am Surg* 1994; 60: 661-668.

11) SAS/STAT Users guide. Release 6.03 ed. Cary North Caroline; SAS Institute.

12) Dean A G, Dean J A, Burton A H, Dicher R C. Epi Life version 5: A word processing, database and statistics program for epidemiology on microcomputer.

13) Fletcher R, Thomas L, Lock S, Lundberg G D: Special report: Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals . N Eng ped Surg 1991; 7: 424-428.

14) Rall T W, Schleifer L S: Drugs effective in the therapy of the epilepsies. In Goodman A, Rall T, Nies A, Taylor P (eds): The Pharmacological Basis of therapeutics, 8a ed, Singapore. Mc Graw Hill, 1992: 450-3.

**TABLA I**  
**31 PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA ATENDIDOS**  
**EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL INP**  
**Enero de 1991-Marzo de 1996**

Hombres	10
Mujeres	21
Estancia hospitalaria	1-127 dias
Promedio de estancia hospitalaria	21 dias
Mediana de estancia hospitalaria	15 dias.

**ESTA TESIS NO SALE**  
**DE LA BIBLIOTECA**

**TABLA II**  
**Etiología de 31 pacientes con pancreatitis aguda**  
**atendidos en el Servicio de Cirugía General del INP**  
**Enero de 1991-Marzo de 1996**

<u>Pacientes con diagnóstico idiopático</u>	<u>9</u>
<u>Pancreatitis secundaria a trauma cerrado de abdomen</u>	<u>6</u>
<u>Pancreatitis secundaria a medicamentos</u>	<u>10</u>
-Pancreatitis secundaria a esteroides	3
-Pancreatitis secundaria a ácido valproico	2
-Pancreatitis secundaria a L-Asparaginasa	5
<u>Pancreatitis secundaria a padecimiento inmunológico</u>	<u>2</u>
-Pancreatitis secundaria a Lupus eritematoso sistémico	2
<u>Pancreatitis secundaria a alteraciones metabólicas</u>	<u>2</u>
-Pancreatitis secundaria a hiperlipidemia	2
<u>Pancreatitis secundaria a infecciones</u>	<u>2</u>
-Pancreatitis secundaria a hepatitis	1
-Pancreatitis secundaria a parotiditis	1
<u>Pancreatitis secundaria a patología biliar</u>	<u>0</u>
<u>Pancreatitis secundaria a malformación de los conductos</u>	<u>0</u>
<u>Pancreatitis secundaria a fibrosis quística</u>	<u>0</u>
<u>Pancreatitis familiar</u>	<u>0</u>
<u>Pancreatitis secundaria a neoplasia</u>	<u>0</u>
<u>Pancreatitis mixta</u>	<u>0</u>

**TABLA III**  
**Evolución en 31 pacientes con pancreatitis aguda tratados en**  
**el Servicio de Cirugía General del INP**  
**Enero de 1991- Marzo de 1996**

Curación	21
Recaidas	2
-Hiperlipidemia	1
-L-asparginasa	1
Recidivas	3
-Trauma	1
-Idiopático	2
Defunciones	5
-Idiopático	4
-Esteroides	1
Complicados	10

**TABLA IV**  
**Complicaciones en pacientes con pancreatitis aguda tratados**  
**en el Servicio de Cirugía General del INP.**  
**Enero de 1991-Marzo de 1996**

<u>Pseudoquiste</u>	<u>4</u>
-L-asparginasa	1
-Acido valproico	1
-Trauma	2
<u>Absceso</u>	<u>1</u>
-Hepatitis	1
<u>Necrosis de cabeza de páncreas</u>	<u>2</u>
-Hepatitis	1
-LES	1
<u>Pancreatitis crónica</u>	<u>1</u>
-Hiperlipidemia	1
<u>Choque séptico</u>	<u>1</u>
-Idiopático	1
<u>Colecistitis aguda alitiásica</u>	<u>1</u>
-Ácido valproico	1



ANEXO I.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PANCREATITIS.

Ficha de identificación

Nombre \_\_\_\_\_

Registro \_\_\_\_\_

I. DATOS GENERALES

1. Sexo

Masculino = 1

Femenino = 2

2. Edad de presentación \_\_\_\_\_

3. Duración del internamiento \_\_\_\_\_

III. DIAGNOSTICO ETIOLÓGICO

4. Traumático

No = 0

Si = 1

5. Medicamentoso

No = 0

Si = 1

5.1. Valproato .

No = 0

Si = 1.

5.2. L-asparginasa .

No = 0

Si = 1

5.3. Esteroides.

No = 0

Si = 1

6. Inmunológico

No = 0

Si = 1

6.1. Lupus eritematoso sistémico

No = 0

Si = 1

6.2. Artritis reumatoide juvenil .

No = 0

Si = 1

7. Biliar

No = 0

Si = 1

7.1. Litiasis biliar .

No = 0

Si = 1

7.2. Quiste de colédoco .

No = 0

Si = 1

7.3. Estenosis del esfínter de Odi.

No = 0

Si = 1

8. Metabólico

No = 0

Si = 1

8.1. Hipercalcemia .

No = 0

Si = 1

8.2. Hiperlipidemia .

No = 0

Si = 1

9. Infeccioso

No = 0

Si = 1

9.1. Citomegalovirus .

No = 0

Si = 1

9.2. Ebstein Barr .

No = 0

Si = 1

10. Congénito

No = 0

Si = 1

10.1. Pancreas divisum .

No = 0

Si = 1

10.2. Alteraciones de la estructura de los conductos pancreáticos .

No = 0

Si = 1

11. Fibrosis quística

No = 0

Si = 1

12. Familiar

No = 0

Si = 1

12.1. Padres .

No = 0

Si = 1

12.2. Hermanos .

No = 0

Si = 1

12.3. Tíos .

No = 0

Si = 1

12.4. Abuelos .

No = 0

Si = 1

13. Neoplásico

No = 0

Si = 1

14. Idiopático

No = 0

Si = 1

15. Mixta

No = 0

Si = 1

IV. EVOLUCIÓN

16. Curación

No = 0

Si = 1

17. Recaida

No = 0

Si = 1

18. Recidiva

No = 0

Si = 1

19. Defunción

No = 0

Si = 1

V. COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

20. Absceso

No = 0

Si = 1

21. Pseudoquiste

No = 0

Si = 1

22. Otra

No = 0

Si = 1

VI. SE REALIZARON ESTUDIOS PARA DESCARTAR UN ORIGEN

23. Traumático

No = 0

Si = 1

24. Medicamentoso

No = 0

Si = 1

24.1. Valproato .

No = 0

Si = 1  
24.2. L-asparginasa.  
No = 0  
Si = 1  
24.3 Esteroides .  
No = 0  
Si = 1  
25. Inmunológico  
No = 0  
Si = 1  
25.1.Lupus eritematoso sistémico  
No = 0  
Si = 1  
25.2.Artritis reumatoide juvenil .  
No = 0  
Si = 1  
26. Biliar  
No = 0  
Si = 1  
26.1.Litiasis biliar .  
No = 0  
Si = 1  
26.2.Quiste de colédoco .  
No = 0  
Si = 1  
26.3.Estenosis del esfinter de Odi .  
No = 0  
Si = 1  
27. Metabólico  
No = 0  
Si = 1  
27.1.Hipercalcemia.  
No = 0  
Si = 1  
27.2.Hiperlipidemia.  
No = 0  
Si = 1  
28. Infeccioso  
No = 0  
Si = 1  
28.1.Citomegalovirus .  
No = 0  
Si = 1  
28.2.Ebstein Barr .  
No = 0

Si = 1

29. Congénito

No = 0

Si = 1

29.1. Pancreas divisum .

No = 0

Si = 1

29.2. Alteraciones de la estructura de los conductos pancreáticos .

No = 0

Si = 1

30. Fibrosis quística

No = 0

Si = 1

31. Familiar

No = 0

Si = 1

31.1. Padres .

No = 0

Si = 1

31.2. Hermanos .

No = 0

Si = 1

31.3. Tíos .

No = 0

Si = 1

31.4. Abuelos .

No = 0

Si = 1

32. Neoplásico

No = 0

Si = 1

33. Mixta

No = 0

Si = 1.