

PANCREATITIS AGUDA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL JESÚS YERENA. LÍDICE

HERNÁNDEZ, LUIS FELIPE*
BENOTTO, JENNY-ANN**
PEÑALOZA, ALÍ***
PALOMINO, MARÍA ISABEL****
SÁNCHEZ, RODOLFO****

RESUMEN

Objetivo: Presentar la experiencia en el diagnóstico y manejo de la pancreatitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital Jesús Yerena de Lídice, en Caracas, al igual que los aspectos epidemiológicos relacionados con esta enfermedad y comparar los resultados con la bibliografía mundial.

Pacientes y Métodos: Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, revisándose 106 historias clínicas de pacientes que ingresaron a la emergencia del hospital por presentar un cuadro de pancreatitis aguda, en un período de 10 años, desde enero de 1993 hasta enero del 2003.

Resultados: De un total de 106 pacientes con pancreatitis aguda, 83 fueron de sexo masculino (78,30%) y 39 del sexo femenino (21,70%). El grupo etario más afectado fue el comprendido entre los 27 y 37 años de edad (49 %). Las causas de la pancreatitis fueron: litiasis biliar en 42,45% de los casos, trauma abdominal en 23,58% e ingesta excesiva de alcohol en 18,86% de los pacientes. Los principales síntomas presentados por estos pacientes fueron: dolor abdominal, náuseas, vómitos, ictericia y en algunos casos rigidez abdominal. Del total de pacientes, 44 fueron sometidos a intervención quirúrgica, realizándose diferentes procedimientos como: desbridamiento pancreático, colecistostomía y coledocostomía, lavado peritoneal, irrigación de la cavidad abdominal. Las complicaciones más frecuentes fueron las fistulas pancreáticas (22,72%), absceso intraabdominal (13,63%), diabetes (4,54%), y pseudoquistes pancreáticos (2,72%). En total fallecieron 9 pacientes (8,49 %).

Conclusión: Preocupa el considerable número de personas jóvenes afectas por esta patología, ya que se consideran una población en edad productiva o económicamente activa. Dentro de los antecedentes patológicos de importancia presentados por estos pacientes, no difieren de manera significativa, en comparación con los descritos en la bibliografía mundial, pero se destaca que

una población importante es expuesta, por situaciones de violencia o imprudencia, a traumatismos de importancia relevante, que hacen en este caso, que se encuentren como la segunda causa de pancreatitis en nuestro centro asistencial (23,58%). Una vez hecho el diagnóstico de pancreatitis, se tiene claro que el tratamiento de inmediato es médico a base de medidas generales y de restitución de líquidos en el paciente, pero en algunos casos se debe recurrir al tratamiento quirúrgico. En esta revisión se logró apreciar que se intervinieron en estos últimos 10 años en el Hospital de Lídice, un total de 44 pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda (41,50%).

Palabras clave: pancreatitis aguda, litiasis biliar, trauma abdominal.

ABSTRACT ACUTE PANCREATITIS: HOSPITAL JESÚS YERENA EXPERIENCE

Objectives: To present the experience in the diagnostic and treatment of acute pancreatitis as well of epidemiologic factors related to the disease in the General Surgery department of Hospital Dr. Jesús Yerena, Caracas, and compare the results with worldwide bibliography.

Patients and methods: A retrospective study was performed in which 106 clinical cases were reviewed, all of them were admitted in the emergency room of Hospital Dr. Jesús Yerena and were diagnosed with acute pancreatitis in time period of ten years from January 1993 to January 2003.

Results: A total of 106 cases of acute pancreatitis, 83 cases were male (78,30%) and 39 were female (21,70%). The most affected age group is between ages 27 and 37 years where we found 49% of the cases. The principal causes of acute pancreatitis were gallbladder disease 42,45%, abdominal trauma en 23,58% , alcohol abuse 18,86%. The main symptoms were abdominal pain, nausea, vomiting, jaundice, and in some cases abdominal rigidity. Of all the cases, 44 were submitted to surgical procedure performing different techniques like pancreatic toilet, peritoneum continuous lavage, conventional lavage, and colecistostomy. The complications more frequently presented were pancreatic fistula (22,72%), intra-abdominal collections (13,63%), diabetes mellitus (4,54%) and

* Cirujano General. MASVC,
** Adjunto de Cirugía Hospital Jesús Yerena, MASVC.
*** Adjunto de Cirugía Hospital Luis Salazar Domínguez, IVSS. MASVC.
**** Residente de III año de Cirugía, Hospital Jesús Yerena. Lídice.

pancreatic pseudocyst (2,72%). Mortality was reported in nine patients (8,49 %) of all the cases of acute pancreatitis.

Conclusion: It is seen with concern that the most affected group of patients are the young people because they are the productive and economical active population. The pathophysiologic history presented of all our patients are no different of those referred in worldwide bibliography, although it stands out the fact that a group of patients affected are due to trauma which we found as the second leading cause of pancreatitis (23,58%). Once the patient is diagnosed, the initial treatment is medical based on resuscitation of fluids and electrolytes balance but some cases require surgical treatment. This review shows that during ten years 44 of all the patients diagnosed with acute pancreatitis required surgical treatment (41,50%) and the surgical techniques performed were similar to those reported for other main clinical centers where this kind of patients are treated.

Key words: Acute pancreatitis, gallbladder disease, abdominal trauma.

La pancreatitis se define como un complejo proceso inflamatorio del páncreas donde se compromete la función parcial o total de esta glándula, que afectará al importante sistema enzimático de la misma, y que de proliferar sin tratamiento adecuado ocurrirán nefastas consecuencias en la homeostasis del paciente llevándolo a la muerte⁽¹⁾.

La pancreatitis aguda incluye un amplio espectro de cambios anatomopatológicos, variando desde el edema leve a la necrosis hemorrágica fulminante. El 80 % de los pacientes experimentan una enfermedad leve autolimitada y se recuperan completamente con sólo tratamiento de apoyo. Sin embargo, alrededor del 10 al 15 % desarrollan pancreatitis aguda hemorrágica o necrotizante. En los últimos 25 años la mortalidad de la pancreatitis aguda ha descendido del 25 al 5 %. Probablemente esto refleja la mejoría del tratamiento, mejor reconocimiento y detección más precoz de las complicaciones⁽²⁻⁵⁾.

La incidencia de pancreatitis aguda parece haberse incrementado notablemente en los últimos años. En la mayoría de las series comunicadas en diversas partes del mundo occidental, se encuentra entre 5 y 11 casos por 100.000 habitantes al año. Esta incidencia muestra variaciones amplias de unos países a otros, e incluso dentro de un mismo país según el área considerada^(1,6,7).

En la etiología de la pancreatitis, se han involucrado numerosos factores, aunque para muchos de ellos los soportes epidemiológicos, fisiopatológicos e incluso experimentales son confusos o carecen de suficiente solidez. La mayoría de los casos (60 - 85%) se presentan en pacientes con litiasis biliar o con ante-

cedentes de excesiva y habitual ingesta de alcohol. El 10% puede ocurrir a consecuencia de procedimientos quirúrgicos, PCRE, traumatismos abdominales, procesos metabólicos, fármacos, o tumores pancreáticos^(8,9,10). Finalmente, en una proporción que oscila entre un 8 y 24% de los casos, no se encuentra una explicación causal. En los pacientes que han sido intervenidos por litiasis vesicular tras sufrir una pancreatitis aguda, se ha encontrado una mayor incidencia de anomalías anatómicas de las vías biliares, cálculos comparativamente más pequeños y numerosos, y una frecuencia unas cuatro veces superior de reflujo de bilis hacia el conducto pancreático. Debe señalarse que sólo un 3 a 7 % de los casos que presentan litiasis biliar, y aproximadamente 10% de los alcohólicos desarrollan la enfermedad^(8,10,13).

Apoyados sobre estos datos, se ha invocado que el reflujo biliar producido por la impactación temporal o permanente de un cálculo a nivel del esfínter de Oddi pondría en marcha el proceso de autólisis pancreática. Sin embargo, esta teoría presenta ciertas objeciones y no parece ser que la bilis, salvo que esté previamente infectada, sea capaz de activar los zimógenos pancreáticos. Una hipótesis alternativa propone, que favorecido por el paso de los cálculos a través de la ampolla de Vater, el reflujo del jugo duodenal hacia el conducto de Wirsung sería el responsable del inicio del proceso, debido al contenido de enzimas activas; tampoco esta hipótesis tiene respuesta para ciertas críticas. Finalmente, la teoría obstructiva supone que la emigración de los cálculos a través de la vía biliar produce un bloqueo transitorio del esfínter de Oddi, o por compresión extrínseca de la porción final del conducto de Wirsung con aumento de la presión en el árbol pancreático. Tal hiperpresión favorecería tanto el paso del jugo pancreático al intersticio como hipersecreción pancreática, hechos que conjuntamente desencadenarían la activación enzimática. En cualquier caso, el mecanismo íntimo de la lesión celular está aún por explicarse^(8,13).

La pancreatitis aguda puede variar desde molestias abdominales leves, hasta un shock intenso, acompañado de hipotensión e hipoxemia. Frecuentemente el sujeto se presenta con dolor abdominal, que es el síntoma capital, generalmente localizado en el epigastrio e irradiado a espalda y a ambos hipocondrios. En ocasiones, el dolor adquiere la clásica distribución en cinturón, y se relaciona con náuseas y vómitos. Durante su curso puede tener remisiones parciales espontáneas, y en general, disminuye sólo un poco por la postura, los vómitos e incluso por los analgésicos de uso habitual. El dolor puede faltar en un número variable de casos (3-8%), generalmente los más graves, y el cuadro clínico se ve dominado por los vómitos, o el shock, síntomas de manifestaciones sistémicas, o por la descompensación cetoadidótica sin causa aparente en un diabético. La inflamación y necrosis pancreática intensa,

pueden dar lugar a hemorragia retroperitoneal, que conduce a grandes pérdidas líquidas acumulándose en un tercer espacio, desencadenando hipovolemia, hipotensión y taquicardia aunado a extravasación sanguínea, la cual si se extiende a los flancos explica el signo de Turner, y si se acumula y diseca al ligamento falciforme creando una disección periumbilical, lo que se conoce con el nombre de signo de Cullen^(1,78).

Ningún método aislado ha demostrado suficiente eficacia para el diagnóstico de pancreatitis. La combinación de criterios objetivos, clínicos y de laboratorio, conjuntamente con la estratificación por tomografía axial computarizada de abdomen (TAC), constituyen la mejor aproximación^(6,14).

La clasificación clínica es poco confiable y falla en casi el 50% de los casos. La escala de Ranson tiene un bajo valor predictivo, su mejor indicador es el que traduce fallas orgánicas: insuficiencia renal o respiratoria, estado de choque y la edad del paciente. Nueve criterios adaptados de Ranson, conocidos como criterios de Glasgow o Score Imrie, fueron adoptados desde 1984 como indicador pronóstico de la enfermedad, aunque su valor predictivo no es muy elevado^(1,6,14).

El examen de laboratorio más útil para el diagnóstico de pancreatitis aguda, una vez sospechada, es la lipasa sérica, cuya elevación a dos veces el rango normal tiene sensibilidad y especificidad del orden del 95% para el diagnóstico. Sin embargo, en muchos laboratorios sólo se dispone de amilasas séricas, cuya elevación a cuatro veces el rango normal también tiene alta sensibilidad y especificidad (82 y 91 % respectivamente). Su elevación ocurre entre las 2 y 12 hrs. del comienzo del ataque, con una normalización a los 3 - 5 días^(6,15).

El ecosonograma abdominal, aunque inicialmente puede ser muy útil, hay que considerar que en casos de pancreatitis aguda la glándula puede verse adecuadamente sólo en el 25 a 50 % de los casos, así que este método no puede ser usado para establecer el diagnóstico definitivo. El ultrasonido es de mucho valor en detectar líquido libre intraabdominal, cálculos y dilatación de vías biliares. En años recientes la ultrasonografía endoscópica ha demostrado su enorme utilidad por su mayor capacidad diagnóstica, especialmente en la patología originada en el confluente biliopancreático, sin embargo es poco accesible por su costo y disponibilidad^(9,11,12).

El valor pronóstico y diagnóstico del TAC inicial es indiscutible en la pancreatitis aguda, sin embargo la solicitud de TAC de control en base a su rendimiento, sólo se justifica frente a deterioros clínicos significativos, o ante la sospecha de una complicación como pseudoquistes o absceso. Es importante valorar la

extensión de la necrosis pancreática al igual que su localización en la glándula, lo que también tendría valor pronóstico, pues la necrosis de la cabeza del páncreas es de peor pronóstico que la del cuerpo y cola^(6-8,16).

Un aspecto que debe considerarse en el futuro es el papel de la colangio-resonancia en el contexto de una pancreatitis aguda para determinar si existe obstrucción biliar asociada a la pancreatitis y así considerar la realización o no de una PCRE, en vista de evitar agravar o empeorar a una pancreatitis ya establecida.

En el tratamiento de la pancreatitis aguda hay ciertas medidas que se consideran estándar, pero no todas ellas se indican en cada caso. Los síntomas del paciente dictan gran parte del tratamiento. Un número creciente de estudios apoyan la nutrición enteral precoz, planteando que su administración temprana por vía yeyunal no aumenta la secreción pancreática, es bien tolerada, no presenta efectos adversos y se asocia a una incidencia significativamente menor de complicaciones y eventos sépticos, además de su más bajo costo. La presencia de un íleo persistente o la imposibilidad de colocar una sonda nasoyeyunal más allá del ángulo de Treitz contraindica esta vía. En general se debe efectuar apoyo nutricional sólo en aquellos pacientes en los que se anticipa un ayuno mayor de 7 días^(6,8).

Un aspecto importante en estos pacientes es la analgesia. La mejor eficacia se logra con el uso de opiáceos. Es sabido que la morfina está contraindicada en la pancreatitis aguda por su efecto sobre el esfínter de Oddi^(8,10).

La incidencia de infección de la necrosis pancreática es de un 30 a un 70 %, y se relaciona directamente con la magnitud de la necrosis, y por ende con la gravedad del cuadro. La infección de la zona necrótica eleva la mortalidad entre 4 a 15 veces. Las infecciones en general son las responsables del 80 % de las defunciones. Está demostrado que la profilaxis antibiótica disminuye la incidencia de las infecciones y la supervivencia, pero sólo cuando se usa en casos de pancreatitis aguda grave (no deben usarse en la leve), y cuando se usan de amplio espectro con una buena penetración pancreática^(2, 3,17,18).

Según su penetración al páncreas, los antibióticos se pueden dividir en tres grupos:

Grupo A: baja penetración. La concentración pancreática no alcanza la concentración inhibitoria mínima (CIM) de las bacterias presentes. En este grupo se encuentran los aminoglucósidos, la ampicilina y las cefalosporinas de primera generación.

Grupo B: penetración moderada. La concentración en páncreas alcanza la CIM de algunas bacterias. En este grupo se

encuentran las cefalosporinas de tercera generación y las penicilinas de amplio espectro.

Grupo C: Alta penetración. Alcanzan concentraciones muy superiores a la CIM de las bacterias sensibles. En este grupo se encuentran las quinolonas, los carbapenémicos y el metronidazol⁽⁵⁾.

PACIENTES Y MÉTODOS

Trabajo retrospectivo donde se evalúan los casos ingresados en los últimos 10 años al Hospital Jesús Yerena de Lidice en Caracas, con el diagnóstico de pancreatitis aguda, dedicando especial atención a los pacientes tratados desde el punto de vista quirúrgico y su comportamiento ante el mismo.

En total se revisaron 106 historias, de pacientes que ingresaron a la emergencia del hospital con diagnóstico de pancreatitis entre el mes de enero del año 1994 hasta el mes de enero del año 2004. Del total de pacientes con pancreatitis aguda, fue necesario realizar intervención quirúrgica de emergencia en 44 de ellos.

Se utilizó un protocolo codificado con múltiples variables, para la recolección de datos considerados como: edad, sexo, antecedentes personales importantes, hábitos, ocupación, diagnóstico de ingreso, presentación clínica, estudios de laboratorio, estudios imagenológicos, tratamiento de ingreso, estancia hospitalaria, anatomía patológica, intervención quirúrgica, complicaciones, diagnóstico de egreso y mortalidad.

Los datos se presentan mediante tablas y gráficos, y el análisis estadístico se determinó mediante el número absoluto y porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

De acuerdo a la distribución por sexo, el 78.30% correspondió a los hombres con un total de 83 casos, el 21.70% restante, correspondió a las mujeres con un total de 39 casos. (Tabla 1).

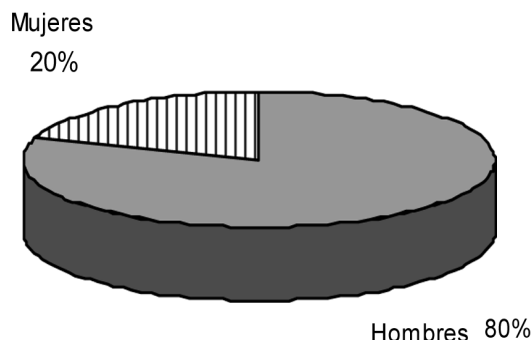
En cuanto a la distribución por edades, se destaca que el grupo más afectado con esta patología es el grupo comprendido entre los 27 y 37 años de edad, lo que equivale a un 49.05 % del total estudiado, y el menor grupo afectado fue el comprendido entre los 5 y 15 años de edad (0.94 %). (Tabla 2).

Desde el punto de vista de los antecedentes de importancia de cada paciente, se observó la presencia de litiasis vesicular (42.45 %), seguida por los traumas abdominales abiertos (23.58 %), y en tercer lugar la ingesta de alcohol (18.86 %). (Tabla 3).

Las personas de un bajo nivel educativo o de instrucción, fueron las más afectadas con esta patología.

Tabla 1

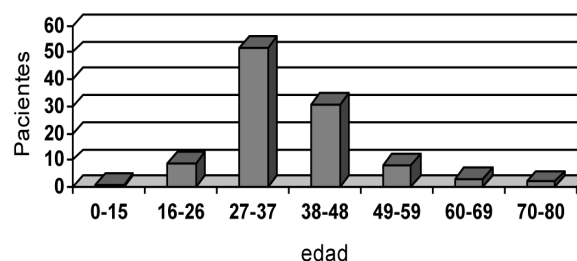
Distribución según el sexo



Fuente: Archivo de Historias Médicas. Hospital Jesús Yerena

Tabla 2

Distribución de pacientes según la edad



Fuente: Archivo de Historias Médicas. Hospital Jesús Yerena

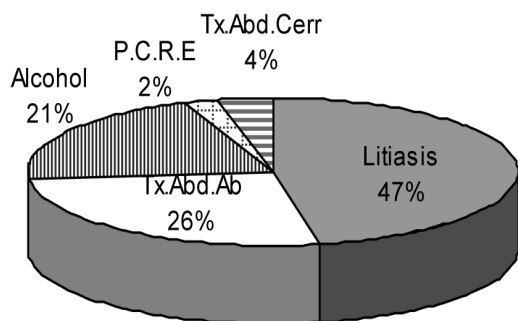
Los diagnósticos con los cuales fueron inicialmente ingresados estos pacientes fueron: pancreatitis aguda (66.98%), gastritis (18.86%), cólico biliar (7.54%), apendicitis (3.77%) e infarto al miocardio (0.94%) (Tabla 4).

El 62.26% de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda fueron ingresados por el servicio de gastroenterología, luego un 32.07% (51 pacientes) fue admitido por cirugía general. Los 3 casos más complicados y graves desde su ingreso fueron trasladados a terapia intensiva, para su manejo y atención necesaria inmediata (2.83 %).

Los principales síntomas presentados por este grupo de pacientes fueron: dolor abdominal, náuseas, vómitos, ictericia y en algunos casos en particular rigidez abdominal.

Tabla 3

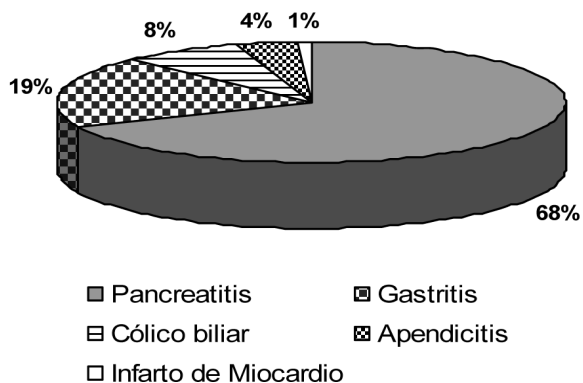
Antecedentes personales de los pacientes



Fuente: Archivo de Historias Médicas. Hospital Jesús Yerena

Tabla 4

Diagnóstico de ingreso



Fuente: Archivo de Historias Médicas. Hospital Jesús Yerena

No a todos los pacientes se les solicitó la batería completa de exámenes de laboratorio necesarios, pero un considerable número de ellos se sometió a algunas pruebas específicas de laboratorio, las más solicitadas fueron: hematología completa, amilasas, TGO y TGP, bilirrubina total y fraccionada (86 %), y una de las menos realizadas fueron las lipasas y el calcio sérico (12%), por su costo y porque con frecuencia no están disponibles estas pruebas en el laboratorio del hospital.

El diagnóstico en la mayoría de los casos (84.90%) se basó en la clínica y apoyados en la ecografía convencional. Otro grupo fue diagnosticado por tomografía abdominal (49.05%), y en

un 7,54 % de los casos el diagnóstico fue intraoperatorio.

Al ingresar al área de emergencia, el 100% de la población con pancreatitis recibió desde un comienzo las medidas generales de sostén y reanimación básicas de estos casos (reposo gastrointestinal, hidratación de acuerdo a cada caso en particular, protección gástrica, observación clínica), un 80.18 % recibió analgésicos no opiáceos, otro 41.50 % antibioterapia, y un 30.18 % somatostatina como tratamiento coadyuvante.

Dentro de los esquemas de antibióticos utilizados por los pacientes con pancreatitis ingresados a cargo del Servicio de Cirugía, el más común fue la combinación PNC - amikacina - metronidazol (16.98%), seguido luego por la ampicilina - sulbactam (6.60 %), clindamicina - ciprofloxacina (9.43%), ceftriaxone (5.66%), y mefloxitina (2.83%).

Desde el punto de vista del tratamiento y de las alternativas quirúrgicas en el grupo de pacientes intervenidos (44 pacientes) se reportaron: 26 desbridamientos pancreáticos (toilletes), más irrigación continua de la cavidad peritoneal colocando una sonda conectada a una solución fisiológica e introducida en la celda pancreática y 2 ó 4 sondas de drenajes en flanco y ambas fosas ilíacas. Este sistema de irrigación se mantuvo por varios días en el post-operatorio. También se realizaron 8 lavados de la cavidad abdominal, 4 toilletes pancreáticos sin irrigación, 3 colecistostomías y 3 pancreatectomías parciales (Tabla 5).

No todos los pacientes operados tienen reporte de la biopsia, pero a 8 pacientes se les reportó en la biopsia pancreatitis edematosa o intersticial, a otros 7 necrohemorrágica, y a 6 necrotizante.

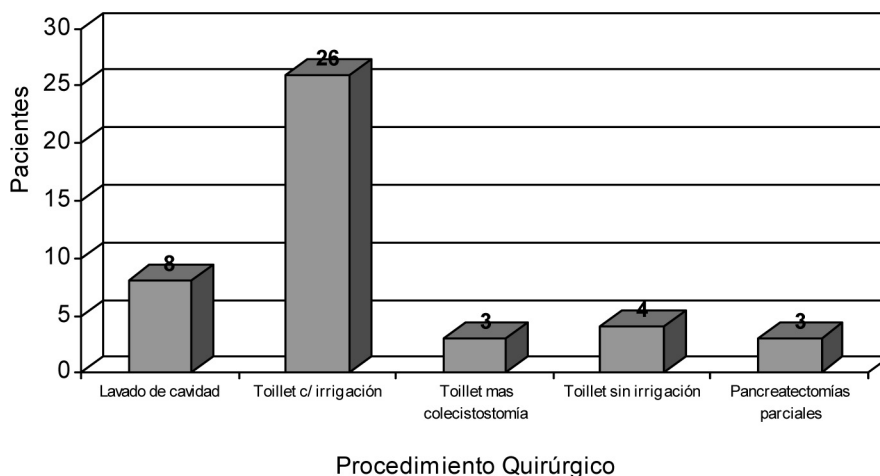
El comportamiento de la pancreatitis desde el punto de vista evolutivo y en comparación con los pacientes a los cuales se les realizó TAC, fue el siguiente: pacientes con Balthazar A y B en su mayoría (95%) evolucionaron de manera satisfactoria, pacientes con Balthazar C y D evolucionaron relativamente bien, a pesar de que un 32% se comportó tórpidamente, y pacientes con Balthazar E se comportaron de manera tórpida, y de ellos un 63 % fallecieron.

Dentro de las complicaciones encontradas en los pacientes postoperados por el servicio de cirugía del Hospital de Lídice, se describen las siguientes: fistulas pancreáticas (22.72%), abscesos intrabdominales (13.63%), diabetes (4.54%), pseudoquistes pancreáticos (2.72%) (Tabla 6).

La estancia hospitalaria promedio de los pacientes quirúrgicos como consecuencia de una pancreatitis es de aproximadamente 45 días, en comparación con los 10 días que permane-

Tabla 5

Procedimientos quirúrgicos realizados



Fuente: Archivo de Historias Médicas. Hospital Jesús Yerena

cen como promedio los pacientes ingresados con pancreatitis leve, sin tratamiento quirúrgico. Fallecieron en los últimos 10 años un total de 9 pacientes, es decir un 8.49 % del total de ingresos registrados, como consecuencia de complicaciones gra-

en edad productiva o económicamente activa.

Dentro de los antecedentes patológicos de importancia presentados por estos pacientes, no difieren de manera significativa,

ves, todas teniendo como punto de partida el daño pancreático severo.

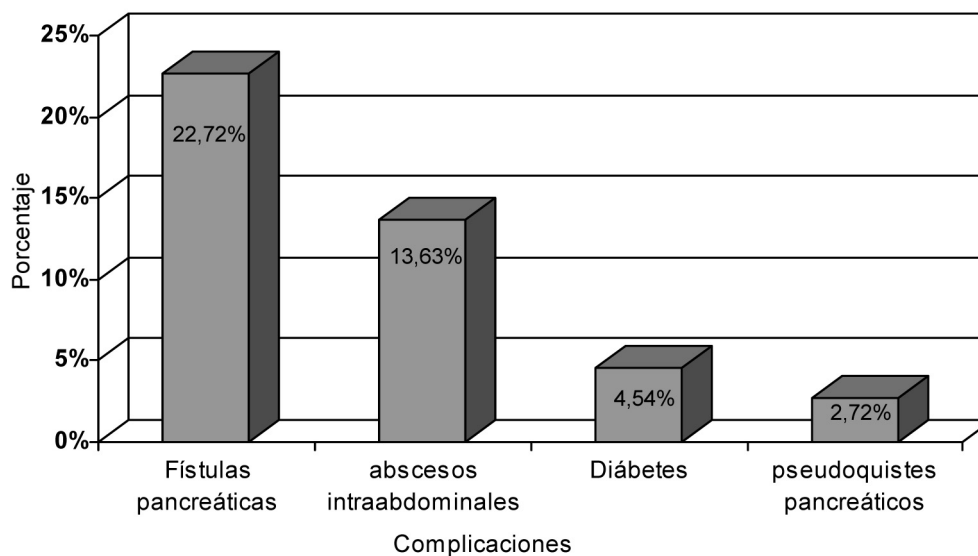
DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas del grupo de pacientes estudiados son las siguientes: (a) la mayoría son del sexo masculino; (b) tienen un promedio de 32 años de edad; (c) además, viven en el área metropolitana (56.60 %); y tienen un grado de instrucción primaria y media (20.75 %) así como universitaria o superior (37.73 %). Lo cual se asemeja a lo reportado en la bibliografía mundial⁽¹⁰⁾.

De los resultados reflejados del presente estudio, preocupa el considerable número de personas jóvenes afectada por esta patología, ya que se consideran una población

Tabla 6

Complicaciones en pacientes con pancreatitis



Fuente: Archivo de Historias Médicas. Hospital Jesús Yerena

en comparación con los descritos en la bibliografía mundial^(1,3), pero se destaca que una población importante es expuesta, por situaciones de violencia o imprudencia, a traumatismos de importancia relevante, que hacen en este caso, que se encuentren como la segunda causa de pancreatitis en nuestro centro asistencial (23.58%).

Es relevante la situación especial de algunos pacientes, que presentan patologías pre-existentes como obesidad mórbida, hipertrigliceridemia y enfermedad ácido-péptica, que de alguna manera condicionaron a posteriori el desarrollo de pancreatitis aguda. Existió una orientación diagnóstica adecuada (66.98 %) en cuanto a pancreatitis aguda se refiere, pero además se reflejan algunas situaciones donde, motivado a la sintomatología dudosa, se establecieron diagnósticos diferenciales tales como: gastritis (18.86%), cólico biliar (7.54%), apendicitis aguda (3.77%) e infarto de miocardio (0.94%).

No hubo discrepancias en cuanto a la forma de presentación clínica, en relación a lo reportado en otros estudios. La mayoría de los pacientes consultaron por presentar los siguientes síntomas: dolor abdominal en abdomen alto "en barra", de fuerte intensidad, náuseas, vómitos y en algunos casos se acompañó de ictericia^(1,8,13,14).

Como apoyo diagnóstico, a pesar de algunas dificultades, se practicaron exámenes de laboratorio específicos (86%); en cuanto a las lipasas (enzimas determinantes diagnósticas), como dichas pruebas se realizaron en medio privado, sólo se les pudo practicar al 12% de los pacientes. La imagenología, específicamente la ecografía abdominal se le realizó al 84.90% de los pacientes, y la tomografía de abdomen benefició a 49% de éstos; sin embargo, en otro grupo de pacientes no pudo realizarse por la falta de disponibilidad de este estudio en el medio hospitalario.

Una vez hecho el diagnóstico de pancreatitis, se tiene claro que el tratamiento inmediato es médico, a base de medidas generales y restitución de líquidos, pero en algunos casos se debe recurrir al tratamiento quirúrgico. En esta revisión se logró apreciar que se intervinieron en estos últimos 10 años en el Hospital de Lídice, un total de 44 pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda (41.50%), debido a que evolucionaron tópidamente con deterioro marcado de sus condiciones clínicas y pruebas de laboratorio, a pesar del tratamiento médico de ingreso. Otros casos presentaron signos claros de abdomen agudo quirúrgico, con irritación peritoneal, marcada distensión abdominal, e incluso rigidez en su evaluación de ingreso. Un menor número de pacientes fueron intervenidos por presentar alguna complicación de la pancreatitis, y por último, un pequeño número se intervino por error en el diagnóstico inicial (4 apendicitis agudas, 6 cólicos biliares).

Se les ofreció como tratamiento quirúrgico varias alternativas, tal como lo reportan los grandes centros donde se tratan este tipo de pacientes^(15,17). En la mayoría de los pacientes se realizó un desbridamiento pancreático con la finalidad de remover el tejido dañado (toilettes pancreática) y se utilizó una sonda conectada a un sistema de irrigación con solución fisiológica, la cual se colocó en la celda pancreática. Igualmente se utilizaron 2 ó 4 sondas de drenajes en flanco y ambas fosas ilíacas, con la finalidad de permitir la salida del líquido que produce la irrigación del páncreas. De esta manera se mantenía un sistema de irrigación continua para lavar constantemente la celda pancreática, y así barrer los detritos y sustancias ricas en enzimas que son secretadas continuamente en el proceso de pancreatitis. Este sistema de irrigación se mantuvo por varios días en el post-operatorio.

La CPRE con papilotomía y extracción de cálculos del colédoco estará indicada en la pancreatitis aguda grave si hay sepsis de origen biliar o ictericia obstructiva. En nuestro estudio se realizó CPRE en el 35.84% de los casos, siendo efectiva en el 90% de ellos.

En la pancreatitis aguda grave, la colecistectomía debe posponerse el mayor tiempo posible; sin embargo frente a deterioro clínico o evidencia de complicaciones locales, debe realizarse. La elección del tipo de intervención laparoscópica, abierta o una colecistostomía percutánea en pacientes con alto riesgo quirúrgico, depende de la evaluación individual y de la experiencia del equipo quirúrgico^(15,17).

Otras técnicas terapéuticas de utilidad potencial en la pancreatitis aguda son el uso de antiseoretos, antiproteásicos y antagonistas de mediadores inflamatorios. Inhibir la secreción y antagonizar las enzimas activadas o mediadoras de la secreción han sido terapéuticas ensayadas en pancreatitis aguda desde hace muchos años. Los trabajos que han utilizado somatostatina no han mostrado efectividad comprobada; sin embargo, dos meta-análisis sugieren un franco efecto positivo sobre el curso evolutivo^(5,8,10).

Por último las esperanzas depositadas en el lefixpafant, antagonista del PAF (factor de la activación plaquetaria) han quedado defraudadas en un extenso estudio más reciente y otros autores han señalado éxito con el uso de bioelectroterapia en combinación con bajos niveles de irradiación con láser.

Las indicaciones quirúrgicas en un paciente con pancreatitis aguda incluyen:

- Confirmar el diagnóstico en casos graves con duda diagnóstica y evolución tórpida a pesar del tratamiento médico. Los síntomas de pancreatitis aguda pueden ser simulados por perforación visceral, oclusión de la arteria

mesentérica, y otras catástrofes intrabdominales. Puede ser necesaria la cirugía para establecer el diagnóstico antes de que la situación sea irreversible.

- Aliviar la obstrucción biliar o del conducto pancreático. La cirugía temprana de las vías biliares puede aumentar la tasa de mortalidad en los sujetos que tienen una pancreatitis intensa; por lo tanto, de ser posible, la cirugía debe ser retrasada hasta que la pancreatitis haya cedido. En más del 90 % de las ocasiones el cálculo patológico habrá pasado cuando se practique la exploración. Si el paciente continúa deteriorándose se impone la cirugía. Cuando se presentan cambios inflamatorios intensos en el duodeno y en la región periampular, debe considerarse la práctica de drenaje de la vía biliar, posponiéndose la disección definitiva.

- Drenar la celda pancreática: El drenaje pancreático o de la bolsa epiploica aumenta la morbilidad y por lo tanto, sólo debe practicarse después de que se han producido complicaciones sépticas. No es eficaz como una medida profiláctica. Se ha visto que el drenaje mejora el pronóstico cuando ya se ha producido sepsis y hay acumulaciones en la bolsa epiploica. Cuando se establecen abscesos de la bolsa epiploica, deben insertarse drenes rígidos después de abrirla ampliamente. También pueden usarse catéteres para irrigación a nivel de la celda pancreática como parte del plan terapéutico.

- La resección en la pancreatitis aguda es un procedimiento peligroso y no se indica. No se ha visto que disminuya la morbilidad, en algunos estudios la resección ha aumentado la tasa de mortalidad; sin embargo en ocasiones es inevitable, por las condiciones del tejido pancreático a remover^[14-16,18].

El lavado peritoneal puede ser útil para excluir otros procesos intrabdominales graves y quizás sea terapéutico en la pancreatitis intensa. No obstante, el lavado peritoneal parece favorecer las tasas de mortalidad temprana, pero no la de supervivencia final en la pancreatitis aguda grave.

En nuestro trabajo, un grupo significativo de pacientes (56.81%), logró egresar del hospital de manera satisfactoria, y reintegrarse a la sociedad. Otro grupo (43.18%), como consecuencia de complicaciones inherentes a la patología pancreática permanecieron hospitalizados y en casos específicos hubo necesidad de practicárseles re-intervenciones quirúrgicas para mejorar sus condiciones generales. La mortalidad fue del 8.49%.

Se puede predecir, que la evolución de cada paciente depende en gran parte del tratamiento adecuado, del tipo anatomopa-

tológico de la lesión pancreática y además de la escala tomográfica de Balthazar.

REFERENCIAS

1. O'Reilly DA, Kingsnorth AN: A brief history of pancreatitis. *J R Soc Med* 2001; 94: 130-132
2. Buchler MW, Gloor B, Muller CA, Uhl W: Acute necrotizing pancreatitis: treatment strategy according to the status of infection. *Ann Surg* 2000 Nov; 232(5):619-26
3. Ashley SW, Pérez A, Pierce EA, Brooks DC, Moore F, Whang EE, Banks PA, Zinner MJ: Necrotizing pancreatitis: contemporary analysis of 99 consecutive cases. *Ann Surg* 2001. 234(4): 572-580
4. Baron TH, Morgan DE: Acute necrotizing pancreatitis. *N Engl J Med* 1999; 340: 1412-7.
5. Wyncoll DL: The management of severe acute necrotizing pancreatitis: an evidence-based review of the literature. *Intensive Care Med* 1999;25:146-156.
6. Balthazar EJU: Acute pancreatitis: assessment of severity with clinical and CT evaluation. *Radiology* 2002; 223(3):603-13.
7. Gloor B, Uhl W, Muller CA, Buchler MW: The role of surgery in the management of acute pancreatitis. *Can J Gastroenterol* 2000 Nov; 14 suppl D: 136-140.
8. Schietroma M, Carlei F, Lezoche E, Rossi M, Liakos CH, Mattucci S: Acute biliary pancreatitis: staging and management. *Hepatogastroenterology* 2001 July-Aug; 48(40):988-93
9. Tombazzi, Claudio; Caamaño, Juan: Papel actual de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en pancreatitis. *GEN* 2002;56(1):52-63
10. Velázquez, Jesús. Riera, Juan Carlos. Latouche, Marynés. De Macedo, Isaac. Velásquez, Alejandra. Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda. *Rev Venez Cir.* 2004. 57(2):65-73.
11. Neoptolemos JP, Carr-Locke DL, London NJ, y cols.: controlled trial of urgent endoscopic retrograde cholangiography and endoscopic sphincterotomy versus conservative treatment for acute pancreatitis due to gallstones. *Lancet* 1998;2:979.
12. Prat F, Ederly J, Meduri B: Early EUS of the bile duct before endoscopic sphincterotomy for acute biliary pancreatitis. *Gastrointest Endosc* 2001 Dec; 54(6): 724-9
13. Montilla, Octavio. Goncalvez, Maria Isabel. Pancreatitis biliar: revisión. *Clin Med H.CC.* 1999;4(3):163-168.
14. Banks PA: Predictors of severity in acute pancreatitis. *Páncreas* 1991; 6:7-12.
15. Poves I, Fabregat J, Biondo S, Jorba R, Borobia FG, Lladó L, Figueras J, Jaurrieta E: Results of treatment in severe acute pancreatitis. *Rev Esp Enferm Dig* 2000 Sep; 92(9):586-94.
16. Rodriguez Conde N, Oller Sales B, Armengol Carrasco M: Complicaciones de la cirugía de la pancreatitis aguda. *Cir Esp* 2001; 69:269-274.