

## PANCREATITIS AGUDA CORRELACION CLINICO QUIRURGICA

Dr. Carlos Noboa Flores\*, Dr. Juan Roldán\*\*, Dra. Janeth Almeida\*\*\*

### RESUMEN

En el hospital Vozandes de Quito se realizó un estudio de tipo retrospectivo, en el cual se revisaron todos los casos de Pancreatitis Aguda presentados durante el período comprendido entre Enero de 1986 y Enero de 1991. Del total de casos analizados se extractaron 12 historiales clínicos de pacientes que además fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas para solucionar su patología de base. La distribución por sexos fué proporcional (50 o/o para hombres y mujeres). Se mantuvo un promedio de edad de 45 años, con un rango de 20 a 82 años. Se apreció un franco predominio de Pancreatitis Agudas de origen biliar, por sobre las de otras causas. Entre las Pancreatitis de origen biliar se observó un claro predominio en mujeres (2:1 sobre los hombres), de raza mestiza, que proceden de áreas urbanas y que son menores de 55 años. El promedio de estadía hospitalaria fue de 24 días, variando en un rango de 9 a 90 días. Ocho pacientes (67 o/o) fueron catalogados como graves y 4 (33 o/o) como leves.

Los procedimientos quirúrgicos empleados fueron: Resección o debridamiento pancreático (Pancreatectomías o Necrosectomías); Procedimientos de drenaje pancreático acompañados de Colectostomía, Gastrostomía o Yeyunostomía; Procedimientos biliares (Colecistectomías, Exploración de Vías Biliares, Duodenotomía con Esfinteroplastia, Colectostomía); o, simplemente un lavado y drenaje de la cavidad. Cada tipo de intervención y su aplicación se adecuaron a

los hallazgos transoperatorios. Once pacientes sobrevivieron a los procedimientos terapéuticos (91.67 o/o), observándose un solo fallecimiento.

Concomitantemente se pudo comprobar la efectividad de los criterios pronósticos de Ranson para catalogar la gravedad de los casos de Pancreatitis Aguda. De igual forma, comparativamente, se estableció la adecuada valoración de gravedad según las manifestaciones clínicas y las complicaciones presentadas durante la evolución de los pacientes.

### INTRODUCCION

La Pancreatitis Aguda (PA) puede definirse como una entidad clínica de apareamiento brusco, caracterizada por dolor abdominal generalmente asociado a elevación de las enzimas pancreáticas en sangre u orina (27), que incluye una amplia gama de presentaciones, desde la simplemente edematosa hasta la grave lesión necrótico-hemorrágica (10,21,36).

Se trata de una enfermedad potencialmente grave, alcanzando una mortalidad en algunas series de hasta el 20 o/o (21,27).

Los factores desencadenantes, predisponentes más que etiológicos, habituales de la PA están bien documentados, implicándose principalmente a la litiasis biliar y al alcoholismo (6,21,25,27,28,29,32,36).

Hay pocas medidas de utilidad probada en el tratamiento de la PA; por lo regular se prefieren las medidas de índole médica, sea porque la enfermedad es moderada o cede de manera espontánea o, porque puede ser grave y con gran mortalidad después de la operación. (4).

\* Médico Residente R-3 del Postgrado de Cirugía General de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central.

\*\* Médico Tratante de Cirugía General del Hospital Vozandes de Quito, Tutor del Postgrado de Cirugía General.

\*\*\* Médica Rural.

Deben tomarse medidas inmediatas conducentes a obtener alivio sintomático y tratar las complicaciones generales. El tratamiento inicial debe incluir:

- a) Administración intravenosa de líquidos y electrolitos temprana y vigorosa en prevención del choque hipovolémico y la subsiguiente insuficiencia renal y trastornos hidroelectrolíticos, acompañada de evaluación frecuente de signos vitales, gasto urinario, presión venosa central y presión de oclusión capilar pulmonar (29).
- b) No administrar nada por vía oral (10,28,29). Algunos autores aún aconsejan el efectuar una aspiración nasogástrica (9,10,21); sin embargo, hay pocas pruebas de que esta medida resulte beneficiosa. Se ha comprobado que la aspiración nasogástrica, un principio básico tradicional en el tratamiento, no ofrece beneficio específico alguno; debe reservarse para el alivio de náusea y vómito en pacientes con íleo.
- c) Administración de analgésicos. Se prefiere la Meperidina ya que carece de efecto importante sobre el esfínter de Oddi (25).
- d) Vigilancia regular de gases sanguíneos, en busca de corregir probables desequilibrios ácido-base. Por lo menos debe efectuarse una medición de gases sanguíneos al día durante las primeras 48 horas, y administrarse Oxígeno por mascarilla al primer signo de hipoxemia o de insuficiencia ventilatoria (9,10,28,29).
- e) Corrección de hiperglucemia con administración regular de insulina, cuando el azúcar sanguíneo exceda los 250 mg/litro (29). Igualmente, debe tratarse el desequilibrio de Calcio y Magnesio con soluciones parenterales (10,21,29).
- f) La administración de bloqueadores H<sub>2</sub>, en un principio, como inhibidores de la liberación de secretina y la secreción pancreática mediante la reducción de la acidificación duodenal, tampoco ha resultado beneficiosa en pruebas aleatorias (19); sin embargo, su uso está orientado a prevenir complicaciones como el sangrado digestivo y no como una medida específica para tratar la PA (10).
- g) Los antibióticos, con toda probabilidad, deben reservarse para el tratamiento específico de infecciones documentadas como la colangitis o la septicemia (12,28), o para evitar la promoción de microorganismos oportunistas en casos graves en los cuales un tejido pancreático con edema y necrosis puede desarrollar una importante complicación infecciosa (10).
- h) La administración de inhibidores de la tripsina como la Aprotinina (trasyolol) no ha resultado de utilidad (28,29). La manipulación hormonal con Glucagón no es apoyada por estudios clínicos (28,29). Los estudios de laboratorio realizados con la Somatostatina o con análogos de la misma, han sugerido la existencia de una cierta mejoría en la evolución

final si el fármaco se administra en la fase inicial de un episodio agudo (28), así como también se ha comprobado que su uso disminuye la formación de fístulas pancreáticas (26). Los prometedores resultados experimentales de las Prostaglandinas no han sido seguidos de estudios clínicos controlados en el ser humano (28). Los inhibidores de la Fosfolipasa A<sub>2</sub> han producido una menor actividad de Amilasa, pero ninguna mejoría del cuadro clínico. (29).

- i) Los resultados obtenidos con el Lavado Peritoneal son muy controversiales (10,28,30). El lavado peritoneal temprano en pacientes con pancreatitis severa se asocia a una dramática mejoría de las disfunciones cardiovascular, renal y respiratoria, pero no reduce la incidencia de la sepsis pancreática tardía, así como tampoco disminuye la mortalidad global (30).
- j) La administración de plasma fresco congelado (PFC) debe intentarse exclusivamente para corregir algún estado de coagulopatía (29), por cuanto si bien las primeras comunicaciones de buenos resultados con su empleo como fuente natural de actividad antiproteasa en la PA fueron alentadores (11), estudios más actuales (18) han demostrado que el PFC no presta beneficio clínico alguno, posiblemente porque una dosis estándar de 2 unidades al día de PFC no afecta a la capacidad inhibitoria de la tripsina del suero que está ya aumentada en la PA grave (18,28).

Desde un punto de vista práctico, no hay pues aún ninguna medida no quirúrgica específica que se haya demostrado que mejore la evolución final en la pancreatitis aguda (28).

La intervención quirúrgica en la PA puede tener variadas aplicaciones. La Laparotomía temprana puede requerirse para propósitos diagnósticos. Sin embargo no hay evidencias convincentes de que los procedimientos para reducir la mortalidad y morbilidad de la PA severa tales como drenaje pancreático operatorio temprano, resección pancreática formal temprana, o procedimientos biliares tempranos hayan sido efectivos (21,28,30).

Actualmente, la intervención quirúrgica puede considerarse en pacientes con PA para 5 propósitos generales: diagnóstico; limitación de la inflamación pancreática o para interrumpir la patogénesis de las complicaciones; tratamiento de las complicaciones específicas; pancreatitis refractaria a medidas no quirúrgicas; y, prevención de la pancreatitis aguda recurrente (30). En general, la intervención quirúrgica se considera nociva para el pronóstico, a menos que existan las indicaciones específicas mencionadas anteriormente (33). Se ha señalado que pacientes que presentan ictericia al comienzo del cuadro o durante su evolución y que tengan el antecedente (o se sospeche) de litiasis vesicular, también son candidatos a exploración quirúrgica (1,4). En este último caso, habrá que realizar la in-

intervención quirúrgica cuando lo permita el estado del enfermo (4), una vez que se haya normalizado la concentración sérica de Amilasa y haya desaparecido el dolor abdominal (25), efectuándose la colecistectomía con exploración de los conductos biliares o sin ella.

Experiencias de algunos autores sugieren que el debridamiento operatorio temprano de tejidos pancreáticos desvitalizados con lavado postoperatorio, pueden ayudar en pacientes seleccionados (30). Pacientes con infecciones de tejidos pancreáticos desvitalizados o peripancreáticos requieren de debridamiento quirúrgico, con drenaje o empaquetamiento (30).

La Pancreatectomía total y/o subtotal han sido propuestas para tratar las PA hemorrágicas graves, pero estas intervenciones se asocian a una alta tasa de mortalidad y no se ha determinado su utilidad en el tratamiento de las PA (28,33). Complicaciones como el Pseudoquiste y los abscesos también merecen solución quirúrgica (5,7,10,28,30,33,35). Ranson y colaboradores valoraron 43 aspectos separados en un grupo de 100 pacientes con pancreatitis en un esfuerzo por identificar de manera temprana los pacientes con enfermedad grave en potencia, encontrando 11 factores de importancia pronóstica:

#### A la admisión

Edad (en años)	+ 55
Leucocitos x mm <sup>3</sup>	+ 16000
Glicemia	+ 200 mg/dl
LDH sérica	+ 350 UI/L
SGOT	+ 250 U Sigma Frankel por L

#### Durante las primeras 48 horas

- Disminución del Hematocrito mayor al 10 o/o
- Aumento de BUN mayor a 5 mg por dl
- PO2 arterial menor a 60 mm de Hg (aire de la habitación)
- Déficit de base mayor a 4 mEq por L
- Calcio sérico menor a 8 mg por dl
- Secuestro estimado de líquidos mayor a 6 litros.

En esta serie de Ranson, de 21 pacientes con 3 o más de estos signos, 13 murieron y 7 estaban graves; en contraste, de 79 pacientes con menos de 3 signos solo 2 murieron y ninguno de los restantes estaba grave (31). Estos datos parecen ofrecer una base para seleccionar al azar a los pacientes en grupos médicos y quirúrgicos, con objeto de valorar de manera eficaz la función potencial de la cirugía en los pacientes de Pancreatitis grave (31).

La utilización de métodos para clasificar a los enfermos de acuerdo a su gravedad, tiene como fin facilitar la comparación de grupos de pacientes con patología similar y posibilitar la evaluación de terapéuticas (20). En el presente trabajo se intenta señalar la correlación existente entre la presentación clínica de los cuadros de Pancreatitis y su posterior terapéutica quirúrgica,

así como señalar la utilidad de los índices pronóstico de Ranson al aplicarlos a la casuística recogida.

## MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes que ingresaron al Hospital Vozandes de Quito durante el período comprendido entre Enero de 1986 y Enero de 1991, presentando un cuadro de PA, seleccionándose aquéllos que a más de su sintomatología fueron sometidos a intervención quirúrgica, descartando los casos de PA que fueron sujetos de tratamiento y resolución clínicos.

Se catalogó la existencia de PA en aquellos pacientes que ingresaron presentando una clínica abdominal sugerente del cuadro, acompañada de hiperamilasemia, hiperamilasuria, a más de datos generales como leucocitosis, niveles elevados de glicemia, úrea, deshidrogenasa láctica, SGOT y otros. El diagnóstico fue corroborado mediante estudios ecosonográficos y/o tomográficos, durante el procedimiento quirúrgico o, a través de los estudios histopatológicos.

Fueron incluidos como sujetos del estudio 12 pacientes que cumplían con los requerimientos del mismo. Se aplicó un protocolo de control mediante el cual fue posible analizar variables diversas como: edad, sexo, procedencia, ocupación, manifestaciones clínicas al ingreso, causas probables del cuadro, datos de laboratorio, exámenes de gabinete y procedimientos quirúrgicos, a los que fueron sometidos los pacientes.

Se catalogó la gravedad del cuadro clínico mediante 2 procedimientos:

- índices pronósticos según criterios de Ranson, tanto al ingreso como a las 48 horas del mismo. Si los pacientes mantenían un índice pronóstico de Ranson igual o mayor a 3, se clasificaron como graves; si el índice era menor a 3, se clasificaron como leves.
- Clínicamente se clasificaron como graves si los pacientes habían presentado alguna de las siguientes complicaciones, tanto al ingreso como en el transcurso de la evolución del cuadro: Sepsis, absceso pancreático, pseudoquiste pancreático, hemorragia digestiva, coagulopatías, hepatopatías, un deterioro clínico claramente evidenciable, o habían fallecido. La mayor parte de pacientes también recibieron el apoyo de Sala de cuidados intensivos a más de Nutrición parenteral, que no son objeto de este análisis.

## RESULTADOS

Se recogieron los datos de 12 pacientes con cuadro de PA que requirieron tratamiento quirúrgico. La distribución total de la muestra se señala en la Tabla I.

La distribución de los pacientes por sexo fue proporcional: 50 o/o (6 casos) de hombres y 50 o/o (6 casos) de mujeres.

TABLA I.- DISTRIBUCION GENERAL DE LA MUESTRA ESTUDIADA

No.	Sexo	Edad (años)	Hospit. (días)	Etiología probable	Gravedad			Cirugía realizada	
					Ranson	Clínica			
1	F	20	11	Litiasis Biliar	1	L	No.	L	C EVB
2	F	42	16	Idiopática	1	L	S	G	PD E LyD
3	M	26 (fallecido)	43	Alcoholismo	5	G	S Abs	G	1) N LyD
4	M	60	15	Idiopática	6	G	No.	L	N G Cc
5	F	46	9	Litiasis Biliar	—	L	No.	L	C LyD
6	F	58	17	Estenosis del Oddi	2	L	Abs	G	C EVB Du Esf LyD
7	M	45	22	Trauma Abdominal contuso	1	L	S Abs	G	DnAbs N LyD
8	F	39	10	Litiasis biliar	—	L	PQP	G	PD E C
9	M	21	9	Litiasis biliar	1	L	No.	L	C EVB LyD
10	M	69	11	Piocollecisto	1	L	S	G	Cc LyD
11	F	34	38	Idiopático	3	G	S Abs	G	1) DnAbs N Gt Y LyD 2) N LyD
12	M	82	90	Postoperatoria	5	G	Abs HDg	G	1) Cc Gt Y LyD 2) N LyD 3) Emp LyD 4) HmDer

Abs Absceso; C Colectomía; Cc Colectostomía; DnAbs Drenaje de absceso; Du Duodenotomía; Esf Esfinteroplastia; E Esplenectomía; Emp Empaquetamiento; EVB Exploración de Vías Biliares; Gt Gastrotomía; HDg Hemorragia digestiva; HmDer Hemicolectomía derecha; LyD Lavado y drenaje de la cavidad abdominal; N Necrosectomía; PD Pancreatectomía Distal; PQP Pseudoquiste pancreático; S Sepsis; Y Yeyunostomía.

El rango de edad varió desde los 20 años el más joven hasta los 82 años el mayor, observándose un promedio de 45 años.

La sintomatología presentada por los pacientes demostró que el dato que no puede estar ausente es el dolor abdominal, presente en el 100 o/o de los casos, seguido por dolor a la palpación epigástrica (92 o/o) y náusea y vómitos (83 o/o y 75 o/o respectivamente) (Tabla II)

Se encontró un franco predominio del cuadro en pacientes pertenecientes a la raza mestiza (10 casos equivalentes al 83 o/o), en tanto que 2 (17 o/o) se presentaron en la raza blanca.

La mayoría de los pacientes (11) procedían de áreas urbanas (92 o/o) y apenas 1 (8 o/o) lo hacía de áreas rurales.

En lo referente a la etiología probable se pudo apreciar un franco predominio de casos que fueron relacionados con enfermedades del tracto biliar (6 pacientes = 50 o/o), de los cuales 4 fueron mujeres y 2 hombres, manteniendo en este último aspecto una proporción de 2:1. Importante también el número de casos (3) catalogados como idiopáticos. El alcoholismo, traumatismo, y procedimientos operatorios fueron relacionados como causales en 1 paciente cada uno (Tabla III).

Predominaron los pacientes con edad inferior a 55 años (8), sobre todo en aquellos casos de etiología biliar e idiopática.

El promedio de días de estadía hospitalaria fue de 24, variando entre un rango de 9 días para la estadía más corta y 90 días la más larga.

Clínicamente fueron clasificados como graves 8 pacientes (67 o/o) y como leves los restantes 4 (33 o/o), observándose que solamente en 3 de los graves y en 3 de los leves había correlación con la clasificación de gravedad según criterios pronósticos de Ranson (Tabla IV).

Las pancreatitis graves predominaron en los grupos de etiología biliar e idiopática, apreciándose también que en el grupo de leves también predominaron los de etiología biliar.

Aquel paciente que presentó pancreatitis de origen alcohólico fue el único que falleció.

Los procedimientos quirúrgicos empleados fueron:

- a) Resección o debridamiento pancreáticos (pancreatomecías distales o necrosectomías).
- b) Procedimientos de drenaje pancreático, acompañados de Colectostomía, Gastrostomía o Yeyunostomía.
- c) Procedimientos biliares (Colectomía, Exploración de vías biliares Duodenotomía+ Esfinteroplastia)
- d) Lavado y drenaje de la cavidad abdominal (como procedimiento secundario o complementario de los 3 anteriores).

Todas estas acciones quirúrgicas se emplearon de

acuerdo a los hallazgos transoperatorios y demostraron una efectividad resaltable, tanto así que apenas se produjo un fallecimiento (8,33 o/o).

## DISCUSION

La PA ha sido reconocida como una condición clínica y patológica desde fines del siglo XIX. En 1886 Senn (34), un cirujano de Chicago, advirtió la posibilidad que la intervención quirúrgica podría beneficiar a los pacientes con necrosis o abscesos pancreáticos. 3 años más tarde, Fitz (13), un médico de Boston, consideró que la intervención quirúrgica temprana podría ser inefectiva y peligrosa (20,30).

La PA es un proceso inflamatorio agudo, originado por la agresión de las enzimas pancreáticas contra la propia glándula.

Las causas predisponentes habituales de la PA (10, 21,28,29,36) están bien definidas, mencionándose: 1) Litiasis biliar, 2) Alcoholismo, 3) Obstrucción del conducto pancreático (neoplasias, estrecheces y otras lesiones pancreáticas que impiden al adecuado drenaje de secreciones pancreáticas), 4) Infecciones, 5) Fármacos, 6) Anormalidades de los lípidos, 7) Postoperatorias, 8) Traumáticas, 9) Diversas (instrumentaciones, hipocalcemia, úlcera péptica perforada, embarazo). 10) Idiopáticas. Sin embargo de esto, la patogenia de la enfermedad, es decir los mecanismos que conducen a la rotura de los acinos y a la liberación de enzimas activadas en el interior del parénquima de la glándula, no están muy bien aclarados (28). Se han sugerido como mecanismos (10,15,16,17,22,23,25, 28,32,36): Un reflujo duodenopancreático, una obstrucción de la papila o una hipersecreción pancreática; todas son posibilidades que en ningún caso explican por sí solas todos los hechos, a más que podrían estar interrelacionadas; además, algunas sustancias pueden lesionar directamente la glándula, o pueden darse condiciones como el Embarazo (21) que predispondrían a PA a través de cambios circulatorios sanguíneos, cambios metabólicos lipídicos y alteraciones en el tránsito biliar (éstasis).

En la actualidad no hay estudios clínicos, de laboratorio o de formación de imágenes que establezcan de modo inequívoco el diagnóstico de PA (3,8,29). Sin embargo, la presencia de hiperamilasemia en un paciente con un cuadro de dolor abdominal, náusea, vómito y taquicardia, es la mejor guía orientadora hacia un diagnóstico de PA (10).

Durante las primeras 3 décadas del siglo XX la PA fue usualmente diagnosticada durante la intervención quirúrgica o la autopsia; debido a que una significativa proporción de aquellos pacientes diagnosticados durante un acto quirúrgico sobrevivieron, se recomendó la intervención quirúrgica temprana (24). Lo expuesto reafirma los hallazgos encontrados durante las intervenciones quirúrgicas realizadas en el Hospital

**TABLA No. II.- SIGNO-SINTOMATOLOGIA PRINCIPAL**

	No.	o/o
Dolor epigástrico	12	100 o/o
Dolor a la palpación epigástrica	11	92 o/o
Náusea	10	83 o/o
Vómitos	9	75 o/o
Radiación del dolor (espalda o hemicinturón)	8	67 o/o
Distensión abdominal	6	50 o/o
Falla respiratoria	5	42 o/o
Fiebre ( 38,5°C)	4	33 o/o
Ictericia	3	25 o/o
Taquicardia ( 120X')	2	17 o/o
Hipotensión	2	17 o/o
Masa palpable	2	17 o/o
Signo de Cullen	—	—
Signo de Grey Turner	—	—

**TABLA No. III.- DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGUN LA ETIOLOGIA, SEXO, EDAD Y GRAVEDAD CLINICA**

Etiología de la PA	No.	Sexo		Edad (años)		Gravedad Clínica	
		M	F	-55	55	Graves	Leves
Enfermedades de tracto biliar	6	2	4	4	2	3	3
Idiopática	3	1	2	2	1	2	1
Alcoholismo	1	1	—	1	—	1	—
Postoperatorio	1	1	—	1	—	1	—
Traumatismo abdominal contuso	1	1	—	—	1	1	—
Totales	12	6	6	8	4	8	4

**TABLA No. IV.- CORRELACION DE LAS PANCREATITIS AGUDAS SEGUN CRITERIOS DE RANSON Y EN FUNCION DE LA GRAVEDAD CLINICA**

Gravedad Clínica	Puntuación Ranson		Total
	— 3	3 o	
Graves	5	3	8
Leves	3	1	4
Totales	8	4	12

Vozandes, en las cuales se confirmó la existencia de un cuadro de PA (edematosa o necrohemorrágica), que si bien era sugerido por las manifestaciones clínicas y los exámenes de laboratorio, no eran sujetos de una certeza diagnóstica al momento del ingreso.

De manera general, se acepta que los casos de Colecistitis-Colelitiasis se presentan con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, en una proporción que puede ser de 2:1 a 3:1, y por lo regular entre el cuarto y octavo decenios (33). Al analizar los datos de este estudio, encontramos una coincidencia que nos parece relevante y que ya fue señalada: el mayor porcentaje de casos de pancreatitis (50 o/o) se relacionan con una probable etiología de enfermedades del tracto biliar, en las cuales se mantiene una relación de 2:1, mujeres:hombres.

Schwartz (33) señala que aproximadamente dos tercios de los pacientes con pancreatitis en hospitales privados tienen cálculos biliares; esto viene a corroborar el hallazgo de un porcentaje mayoritario de pancreatitis agudas asociadas a problemas del tracto biliar. Igualmente se señala que apenas un tercio de las pancreatitis en hospitales privados es causada por el alcoholismo. En este estudio apenas se determinó la existencia de un caso con probable etiología alcohólica. Sin embargo, es un hecho verdadero que en todas las situaciones, de 75 a 85 o/o de las PA se asocian con una de 2 causas: Litiasis biliar o ingestión crónica de alcohol (29).

Las PA causadas por litiasis biliar si bien se resuelven en un período de 1-2 semanas con tratamiento médico (32) pueden progresar a pancreatitis necrotizantes, abscesos pancreáticos o formación de pseudocistas, haciéndose necesaria la intervención quirúrgica (Colecistectomía con o sin exploración de vías biliares), una vez que se hayan normalizado los niveles de Amilasa sérica y desaparecido el dolor abdominal (1,6,10,15,23,25,27,28,29) comúnmente alrededor de las 48-72 horas de iniciado el acceso e implementado el tratamiento médico.

En individuos que experimentan enfermedad grave, la esfinterotomía endoscópica está surgiendo como la mejor modalidad terapéutica, pero debe realizarla un endoscopista muy capacitado y experimentado (25,28).

En la presente serie, todos los casos de PA asociados a problemas del tracto biliar necesitaron solución quirúrgica. Es más, aquellos casos que presentaron complicaciones en su evolución, tales como abscesos, sepsis, etc, calificados clínicamente como graves, fueron sujetos de cirugías mucho más agresivas, que aquellos en los cuales se determinó etiologías de tipo biliar pura y sin complicaciones y que fueron calificados como leves.

El interés por clasificar de una forma temprana a las PA según índices de gravedad, reside en que entre el 20 y 30 o/o de las mismas, desarrollan una o más

complicaciones graves que provocan la muerte de una tercera parte de estos enfermos (20).

La importancia de la aplicación de los criterios de Ranson, con fines pronósticos, es aceptada actualmente sin discusión. En el presente estudio han sido utilizados de igual forma, apreciándose que al aplicarlos encontramos una discreta disparidad al relacionarlos con los criterios clínicos puros. De todas formas, pudo confirmarse que aquellos pacientes que se catalogaron como graves según criterios de Ranson, coincidieron perfectamente con la calificación de gravedad clínica, con una excepción bastante llamativa en un caso en que, a pesar de tener una puntuación de Ranson de 6, no presentó alteraciones manifiestas como para clasificarlo clínicamente como grave.

Si nos detenemos a analizar la signo sintomatología presentada por los pacientes, apreciamos que es coincidente con lo señalado en la Literatura, el apareamiento de dolor epigástrico como síntoma principal en toda pancreatitis (2,15), espontáneo y referido por el paciente (100 o/o) o como hallazgo del examen físico a la palpación epigástrica (92 o/o). Es rescatable también el dato de un 75 o/o de casos que presentaron vómito, así como el de 67 o/o que presentaron irradiación a la espalda.

Schwartz (33) señala que la náusea no es importante y que puede haber vómito persistente sin náusea; sin embargo, en esta serie es un dato muy importante el hallazgo de un 83 o/o de pacientes que presentaron náusea.

Se señala en la literatura que en el 90 o/o de casos de pancreatitis comprobada hay fiebre, taquicardia y leucocitosis; es llamativo en esta serie el que la fiebre y la taquicardia se presentaron en bajos porcentajes (33 o/o y 17 o/o respectivamente). Estos últimos datos hay que catalogarlos adecuadamente por cuanto aún en los pacientes de necrosis pancreática muy graves, los signos tempranos son menos dramáticos que los síntomas. Es más se ha señalado que esta discrepancia entre las manifestaciones subjetivas y los signos objetivos de la enfermedad, es extraordinariamente valiosa para el diagnóstico (14).

## CONCLUSIONES

1. Se observa un predominio de PA relacionadas con enfermedades del tracto biliar, las mismas que se presentaron con mayor frecuencia en mujeres de raza mestiza, de procedencia urbana y que fueron menores de 55 años.
2. Existe una estrecha interrelación entre la valoración de gravedad a través de los criterios de Ranson con la valoración de gravedad puramente clínica, y que, es de mucha validez para determinar terapéuticas sobre todo quirúrgicas.
3. Es notoria la validez de los criterios de Ranson como índices pronósticos en las Pancreatitis Agudas.

4. La intervención quirúrgica en Pancreatitis Aguda está indicada en casos en que se determina la existencia de complicaciones como: deterioro clínico progresivo, sepsis, abscesos o pseudoquistes pancreáticos, litiasis de conductos excretores, en pacientes que presentan ictericia al comienzo o durante su evolución y se tenga el antecedente (o la sospecha) de que sufren litiasis vesicular.
5. Los procedimientos quirúrgicos empleados han sido por demás adecuados y oportunos, en concordancia con lo que indica la literatura y con las restricciones ya señaladas.

## BIBLIOGRAFIA

1. Acosta, JM, Ledesma, CL.: Gallstone migration as a cause of acute pancreatitis. *N Eng J Med*, 290:484, 1984.
2. Bailey, H.: *Semiología Quirúrgica*. Ediciones Toray, Barcelona, 1971, 337-338.
3. Balthazar, EJ, Robinson, DL, Megibow, AJ, Ranson, JC.: Acute Pancreatitis: Value of CT in Establishing Prognosis. *Radiology*, 174 (2):331, 1990.
4. Beeson, P.: *Tratado de Medicina Interna de Cecil*. Interamericana, México, 1983, 1858-1863.
5. Begar, HG.: El Páncreas: Tratamiento quirúrgico de la Pancreatitis Necrosante. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica*, 3: 593, 1989.
6. Benítez, C, Benítez, C.: *Cirugía Biliar*. Departamento de Publicaciones de la Facultad de Ciencias Médicas, Quito, 1983, 58, 67.
7. Bradley, EL, Allen, K.: A prospective Longitudinal Study of Observation Versus Surgical Intervention in the Management of Necrotizing Pancreatitis. *Am J Surg*, 161: 19, 1991.
8. Bradley, EL, Murphy, F, Ferguson, C.: Prediction of Pancreatic Necrosis and Dynamic Pancreatography. *Ann Surg*, 210 (4): 495, 1989.
9. Bradley, EL, Hall, JR, Lutz, J.: Hemodynamic consequences of severe pancreatitis. *Ann Surg*, 198:130, 1983.
10. Cortez, M, Torres, B, Tamayo, W, Moreno, E, Toscano, M, Alarcón, A.: Pancreatitis Aguda. Criterios Clínico Quirúrgicos. *Cirugía Ecuatoriana*, 5(2): 27, 1989.
11. Cuschieri, A, Wood, RAB, Cumming, JRG, et al.: Treatment of acute pancreatitis with fresh frozen plasma. *Br J Surg*, 70: 710, 1983. En: Poston, GJ, Williamson, RCN.: *Tratamiento quirúrgico de la Pancreatitis Aguda*. *Br J Surg*, 3(4): 76, 1990.
12. Finch, WT, Sawyers, JL, Schenker, S.: A prospective Study to determine the efficacy of antibiotics in acute pancreatitis. *Ann Surg* 183:667, 1976. En: Potts, JR.: *Cuadro abdominal agudo: Pancreatitis Aguda*. *Clínicas quirúrgicas de Norteamérica*, 2: 307, 1988.
13. Fitz, RH.: Acute Pancreatitis. *Boston Med Surg J*, 120:181, 205, 299, 1989. En: Ranson, J.: *The Role of Surgery in The Management of Acute Pancreatitis*. *Ann Surg*, 211 (4): 382, 1990.
14. Grupo Nacional de Cirugía.: *Manual de Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento en Cirugía*. Editorial Pueblo y Educación, La Habana, 1989, 534-537.
15. Gutiérrez, C.: Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo. *Manual Moderno*, México, 1988, 302-315.
16. Harvey, MH, Wedgwood, KR, Austin, JA, Rebr, HA.: Relaciones entre la presión intraductal pancreática, la permeabilidad de las paredes ductales y la Pancreatitis Aguda. *Br J Surg*, 2(5): 68, 1989.
17. Jalleh, RP, Aslam, M, Williamson, RCN.: Las presiones del parénquima y de los conductos pancreáticos en la Pancreatitis Crónica. *Br J Surg*, 7(1): 54, 1992.
18. Leese, T, Holliday, M, Heath, D, et al.: Multicentre Clinical trial of low volume fresh frozen therapy in acute Pancreatitis. *Br J Surg*, 74: 907, 1987. En: Poston, GJ, Williamson, RCN.: *Tratamiento quirúrgico de la Pancreatitis Aguda*. *Br J Surg*, 3(4): 76, 1990.
19. Loiudice, TA, Land, J, Mehta, J et al.: Treatment of acute alcoholic pancreatitis: the roles of cimetidine and nasogastric suction. *Am J Gastroenterol*, 79: 553, 1984. En: Potts, JR.: *Cuadro Abdominal Agudo: Pancreatitis Aguda*. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica*, 2: 307, 1988.
20. Marruecos-Sant, A.: Valoración de la utilidad de los criterios de gravedad de Ranson en las Pancreatitis Agudas. *Med Clin*, 89: 184, 1987.
21. Martínez, V, Muñoz, JL, Haya, FJ, Adiego, B, Fernández, R, Ferrero, P, de la Cruz, F, Jiménez, J, Hernández, JM.: Pancreatitis y Gestación. A propósito de un caso. *Clin Invest Gin Obst*, 17(10): 407, 1990.
22. Mc Entee, G, Leahy, A, Cottell, D, Dervan, P, Mc Geaney, K, Fitzpatrick, JH.: Estudio Morfológico tridimensional de la micro circulación pancreática en la pancreatitis experimental inducida con Ceruleína. *Br J Surg*, 2(5): 60, 1989.
23. Millat, B, Fingerhut, A, Gayral, F, Zazzo, JF, Brivet, F.: Predictability of Clinicobiochemical Scoring Systems for Early Identification of Severe Gallstone-Associated Pancreatitis. *Am J Surg*, 164: 32, 1992.
24. Moynihan, B.: Acute Pancreatitis. *Ann Surg*, 81:132, 1925. En: Ranson, J.: *The Role of Surgery in the Management of Acute Pancreatitis*. *Ann Surg*, 211(4): 382, 1990.
25. Patti, MG, Pellegrini, CA : *Cirugía de Vías Biliares: Pancreatitis por Cálculos Biliares*. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica* 6: 1291, 1990.
26. Pederzoli, P, Bassi, C, Falconi, M, et al.: Conservative Treatment of external pancreatic fistulas with parenteral nutrition alone or in combination with continuous intravenous infusion of somatostatin, glucagon or calcitonin. *Surg Gynecol Obstet* 163: 428, 1986. En: Potts, JR.: *Cuadro Abdominal Agudo: Pancreatitis Aguda*. *Clínicas quirúrgicas de Norteamérica*, 2: 307, 1988.
27. Pérez, JL, Cruz, JM, Benítez, JA, Escudero, V, Fernández, F, Montez, JM, Pareja, J, Carbonero, F.: Pancreatitis Aguda de Etiología biliar. *rev Esp Enf Digest*, 77 (5): 337, 1990.
28. Poston, GJ, Williamson, RCN.: *Tratamiento Quirúrgico de la Pancreatitis Aguda*. *Br J Surg*, 3(4): 76, 1990.
29. Potts, JR.: *Cuadro Abdominal Agudo: Pancreatitis Aguda*. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica*, 2: 307, 1988.
30. Ranson, J.: *The Role of Surgery in the Management of Acute Pancreatitis*. *Ann Surg*, 211 (4): 382, 1990.
31. Sabiston, D.: *Tratado de Patología Quirúrgica de Davis Christopher*. Interamericana, Madrid, 1984, 1272-1279.
32. Schoenfield, L.: Galstones: Complications of Calculous Obstruction of Common Duct. *Clinical Simposia Ciba Geigy*, 40(2): 22, 1988.
33. Schwartz, S.: *Principios de Cirugía*. Interamericana, México, 1991, 1267-1271.
34. Senn, N.: *The Surgery of the Pancreas*. Philadelphia, 1886, 71-107. En: Ranson, J.: *The Role of Surgery in the Management of Acute Pancreatitis*. *Ann Surg*, 211 (4): 382, 1990.
35. Stanton, R, Frey, CF.: *Comprehensive Management of Acute Necrotizing Pancreatitis and Pancreatic Abscess*. *Arch Surg*, 125: 1269, 1990.
36. Steer, ML.: El Páncreas: Clasificación y Patogenia de la Pancreatitis. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica*, 3: 529, 1989.