

Comportamiento clínico-epidemiológico de la pancreatitis aguda en el Servicio de Cirugía General

Juan Heriberto Cisneros Noy¹, Dayana Ruíz de las Labranderas Delgado², José Enrique Molina Montoya³, Amado Vega Ordoñez⁴

1. Estudiante de 4^{to} año de Medicina. Ayudante Oficial de Cirugía General. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Cátedra de Cirugía General.
2. Estudiante de 4^{to} año Medicina. Ayudante Oficial de Cirugía Pediátrica. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Cátedra de Cirugía General.
3. Estudiante de 4^{to} año de Medicina. Ayudante Oficial de Cirugía Pediátrica. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Cátedra de Cirugía General.
4. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Cátedra de Cirugía General.

Resumen

Introducción: La pancreatitis aguda es una grave enfermedad inflamatoria, que resulta de la autodigestión del páncreas por las enzimas que secreta el propio órgano, pudiendo lesionar no solo al propio páncreas, sino también a tejidos vecinos y órganos a distancia. **Objetivos:** Describir el comportamiento clínico-epidemiológico de la pancreatitis aguda en el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech”, de Camagüey, entre septiembre de 2015 y enero de 2017.

Método: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal con 45 pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda durante el período señalado. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas y procesados mediante estadística descriptiva.

Resultados: El 31,11 % de los pacientes perteneció al grupo de edades entre los 40-49 años, 25 fueron del sexo masculino. El dolor en epigastrio que se irradia a los hipocondrios derecho e izquierdo prevaleció en el 100 %, 41 pacientes presentaron la amilasa sérica aumentada y el 37,77% manifestó la afección, debido a las enfermedades de las vías biliares, 32 recibieron tratamiento médico. **Conclusiones:** El

grupo de edades entre los 40-49 años tuvo mayor incidencia, mientras que el sexo masculino fue el más afectado. La causa fundamental fueron las enfermedades de las vías biliares. El tratamiento efectuado fue conservador, solo en una pequeña cantidad de casos se practicaron maniobras invasivas.

Palabras clave: pancreatitis aguda; clínico-epidemiológica; cirugía.

Introducción

La pancreatitis es el resultado de la autodigestión del páncreas por liberación de enzimas proteolíticas en el tejido pancreático, que provoca una marcada reacción inflamatoria la que es seguida de hemorragia y necrosis grasa,¹ con compromiso de tejidos regionales y en casos graves, de otros sistemas orgánicos.²

Lo anterior provoca un aumento de las concentraciones de enzimas en sangre u orina y la alteración en la estructura pancreática, secundaria a un proceso inflamatorio.³ Según la gravedad del ataque el páncreas puede curarse íntegramente o quedar con secuelas.⁴

La pancreatitis fue descrita inicialmente por Albert.² En 1886 Senn propuso que el tratamiento quirúrgico de la pancreatitis debía indicarse en los pacientes con gangrena pancreática o abscesos. Después de 3 años, en 1889, Reginald Fitz expuso los signos clásicos y la descripción anatomopatológica de la pancreatitis y sugirió que la intervención quirúrgica temprana era inefectiva y muy peligrosa.

En 1901 Opie, en el “Johns Hopkins Hospital” describió de forma precisa el mecanismo patogénico de la pancreatitis biliar, al documentar la presencia de un cálculo impactado en la ampolla de Vater en autopsia realizada a un paciente fallecido por pancreatitis.^{5, 6} Posteriormente, Moinynham describió en 1925 la pancreatitis “como la más terrible de todas las calamidades relacionadas con las vísceras abdominales”.⁷

Se han celebrado diversos eventos de carácter mundial para diferenciar y definir los diferentes procesos que afectan al páncreas, con el objetivo de llegar a un consenso para formular un tratamiento específico que permita el manejo integral de los pacientes con esta afección, disminuyendo los grandes niveles de mortalidad que esta enfermedad expone a nivel mundial.

El documento de consenso de la SEMIYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias) 2012, “Recomendaciones para el manejo en cuidados

intensivos de la pancreatitis aguda” explica que se han producido grandes cambios en el manejo de la pancreatitis aguda desde la Conferencia de Consenso de Pamplona 2004. Además, se constató que la clasificación de Atlanta 1992 no cumplía con su cometido.⁸

Es evidente la falta de uniformidad en los criterios de gravedad de la pancreatitis aguda (PA), considerándose que esta es la causa de los distintos porcentajes de la mortalidad de todos los estudios. La PA debe clasificarse basada en la aparición o no de fallo orgánico (FO) y complicaciones locales porque el uso de sistemas computarizados multifactoriales (APACHEII, los criterios de Ranson, de Imrie-Glasgow, entre otros) utilizados en la clasificación original de Atlanta dificulta y tiene escasa aplicabilidad clínica, clasificando de forma errónea la PA en un 30-40 %.

Con relación a la pancreatitis se establecen las siguientes definiciones:

- Pancreatitis aguda leve (PAL): Se caracteriza por la ausencia tanto de la necrosis (peri) pancreática como de FO.
- Pancreatitis aguda moderada (PAM): Se caracteriza por la presencia de cualquier tipo de necrosis (peri) pancreática estéril FO transitorio.
- Pancreatitis aguda grave (PAG): Se caracteriza por la presencia de cualquier grado de necrosis (peri) pancreática infectada o FO persistente.
- Pancreatitis aguda crítica (PAC): Se caracteriza por la presencia de necrosis (peri) pancreática infectada y FO persistente.⁸

Fernández⁸, en su estudio publicado en la Revista Cubana de Cirugía, demuestra que a pesar de los avances registrados en la correcta identificación clínica, causas, mecanismos de producción, elementos de diagnóstico por imágenes y pautas de tratamiento, la pancreatitis da cuenta de aproximadamente 200 000 casos nuevos cada año en países desarrollados como los Estados Unidos.

La incidencia de la pancreatitis a nivel global se estima entre 15 a 80 casos anuales por cada 100 000 adultos, dependiendo de la región,⁹ presentando una mortalidad del 9 al 23 %.¹⁰ En España, por ejemplo, la incidencia de la pancreatitis crónica (PC) es de 14 casos por 100.000 habitantes y año.¹¹

Las cifras estadísticas de la presencia PA muchas veces no indican la realidad pues en estudios de autopsia se ha revelado que hasta un 42% de las pancreatitis no son

diagnosticadas y pasan inadvertidas hasta su fallecimiento. Está claro que, sin un diagnóstico establecido, es imposible siquiera iniciar un tratamiento adecuado.⁷

La PA se encuentra entre las 35 causas de mortalidad más frecuentes en Cuba. Un análisis de su incidencia indica que va en ascenso.⁹ Debido al aumento gradual de esta enfermedad en la población los autores de esta investigación se proponen como objetivo describir el comportamiento clínico-epidemiológico de la pancreatitis aguda en el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech”, en el período comprendido entre septiembre de 2015 y enero de 2017.

La importancia de la investigación radica en que permite llegar con más profundidad al problema que representa para las ciencias médicas esta enfermedad. De igual modo, da a conocer la epidemiología de esta condición en los pacientes estudiados en el Hospital “Manuel Ascunce Domenech” y facilita datos necesarios para la conformación o mejoramiento de un método integral que permita el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de esta afección.

Los resultados aportados por el estudio pueden ayudar a elevar la eficacia y la calidad en los servicios prestados a los pacientes, lo que contribuiría a la disminución del índice de morbi-mortalidad acrecentando la calidad de vida; pilar fundamental del Sistema de Salud Cubano.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech”, en el período comprendido entre septiembre de 2015 y enero de 2017.

El universo de estudio estuvo representado por 45 pacientes que ingresaron con pancreatitis aguda. Las variables que se estudiaron fueron: edad, sexo, manifestaciones clínicas, exámenes de laboratorio, etiología y tratamiento.

Como método para la recolección de datos se empleó el análisis documental aplicado a las historias clínicas (Fuente secundaria de información). Para el procesamiento de los mismos se confeccionó un formulario (Fuente primaria de la información) elaborado por los autores, previa consulta de la literatura científica especializada.

Para el procesamiento estadístico de la información se utilizó la estadística descriptiva, obteniéndose distribuciones de frecuencia en valores absolutos para las variables correspondientes, así como el porcentaje. Los datos se presentaron en forma de tablas. En la investigación se consideraron los principios éticos básicos: el respeto a las personas, la beneficencia, la no maleficencia y el de justicia, según la trascendencia de cada uno de ellos.

Se evaluaron las historias clínicas para la recogida de datos bajo el precepto de la confidencialidad y la garantía del mantenimiento de la información recopilada en completo anonimato, así como la omisión de los nombres y los números de historias clínicas, con el consentimiento informado del Consejo Científico.

Resultados y discusión

Tabla 1. Distribución de los pacientes con pancreatitis de acuerdo con la edad y el sexo. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Septiembre de 2015 - enero de 2017.

Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Edad (años)	No.	%	No.	%	No.	%
20-29	3	12			3	6,66
30-39	6	24	4	20	10	22,22
40-49	9	36	5	25	14	31,11
50-59	3	12	6	30	9	20
60-69	2	8	4	20	6	13,33
70-79	1	4	1	5	2	4,44
80 y más	1	4			1	2,22
Total	25	55,55	20	44,44	45	99,99

Fuente: Historias clínicas.

La pancreatitis aguda es una enfermedad con mayor incidencia en la población masculina y la edad más afectada se encuentra entre 40 y 49 años. Los resultados con respecto al sexo se relacionan con los indicados en la investigación Coca et al¹¹, quienes reportan predominio del sexo masculino con 20 pacientes y la edad afectada fue entre 41-50 años.

En el Hospital Británico de Buenos Aires, de 97 pacientes con diagnóstico de PA, 49 eran de sexo masculino (50,5%) y la edad promedio fue de 58,5 años.¹²

Por su parte, Quevedo¹³, revela que la edad más frecuente del diagnóstico es entre los 40 y 50 años. Globalmente incide más en los hombres que en las mujeres, pero la prevalencia varía de acuerdo con la causa subyacente.¹⁴

La investigación realizada en la provincia de Granma, Cuba, por Ojeda et al¹⁴, con una muestra de 198 pacientes entre 18 y 101 años de edad; evidencia que 138 correspondieron al sexo masculino y 60 al femenino, donde la edad promedio fue de 44 años.

Sánchez et al¹⁵, muestran en su investigación que de un total de 104 pacientes con pancreatitis aguda 65 fueron hombres y 39 fueron mujeres, la edad osciló entre 15 y 73 años, aunque la edad promedio fue de 37 años.

Todas estas investigaciones demuestran que ambos sexos son igualmente susceptibles de padecer la enfermedad, pues varía de acuerdo a la etiología. Cuando se asocia al alcoholismo, es más frecuente en los hombres. En las mujeres se relaciona con la patología de las vías biliares. La pancreatitis aguda puede observarse a cualquier edad, lo más frecuente es su aparición en adultos entre edades comprendidas entre los 35 y 65 años.

Tabla 2. Distribución de los pacientes según manifestaciones clínicas de la enfermedad. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech”. Septiembre de 2015 - enero de 2017.

Manifestaciones clínicas	No.	%
Dolor en epigastrio que se irradia a los hipocondrios derecho e izquierdo	45	100
Vómitos	33	73,33
Falta de apetito	33	73,33
Fiebre	8	17,77
Náuseas	3	30,04
Pérdida del conocimiento	1	2,22

Fuente: Historias clínicas.

Las manifestaciones clínicas de la pancreatitis aguda son variables en gravedad, dependen de alteraciones estructurales de la glándula y variedad de la enfermedad en

cuestión. ^{16,17} Es dudosa la existencia de PA indolora, pero es posible observar signos radiológicos no acompañados de dolor previo.

La totalidad de los pacientes presentaron como manifestación clínica más importante el dolor en epigastrio, que se irradia hacia los hipocondrios derecho e izquierdo, la cual coincide con el estudio realizado por Gutiérrez et al¹⁷, del Hospital Universitario “Calixto García”. ¹⁸

Los síntomas más frecuentes expuestos por Díaz¹⁶, fueron náuseas, vómitos, fiebre y pérdida del apetito, los cuales coinciden con los expuestos en el trabajo. En dependencia del tiempo de evolución de la enfermedad los síntomas pueden agravarse o no.

La existencia de signos como el estado de choque, íleo y dolor dorsal ayudan al planteamiento diagnóstico.¹⁸ De acuerdo a todo lo planteado un cuadro de pancreatitis aguda se manifiesta casi siempre como un dolor de abdomen continuo e intenso, localizado principalmente en su parte superior, aunque puede ocupar todo el vientre, con frecuencia irradiado a la espalda “en cinturón” y acompañado en la mayor parte de los casos de náuseas y vómitos. Existen signos de mal pronóstico o de complicación de la pancreatitis y casos clínicos descritos en la bibliografía revisada donde se evidencian dificultades extremadamente raras.

En la presente investigación no se evaluaron las complicaciones que surgieron en los pacientes, pero es de vital importancia señalar que el riesgo de complicaciones, incluida la muerte, dependen de factores como el género, la raza, el índice de masa corporal y la edad, entre otros.¹⁰

En los casos graves pueden aparecer complicaciones locales (que afectan al páncreas) y de otros órganos a distancia, principalmente corazón, pulmón y riñones. La principal complicación local es la necrosis y la infección de la misma.¹⁹ Rara vez son visibles los trastornos de color de la piel en los flancos (signo de Grey Turner), o en la región umbilical (signo de Cullen). ²⁰

Tabla 3. Distribución de los pacientes según los exámenes complementarios realizados. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech”. Septiembre de 2015 - enero de 2017.

Exámenes de laboratorio	No.	%
-------------------------	-----	---

Amilasa sérica aumentada.	41	91,11
Leucograma patológico.	14	31,11
Glucemia aumentada	7	15,55
Hematócrito alterado	5	11,11

Fuente: Historias clínicas.

Cuando se produce una pancreatitis aguda, se liberan al suero muchas enzimas acinares. Las dos más conocidas son la amilasa y la lipasa. La elevación de su concentración es uno de los criterios diagnósticos utilizados, es por eso que la determinación de las enzimas pancreáticas en el suero y la orina es el análisis de laboratorio de uso más extendido y frecuente en esta enfermedad.²¹

Uno de los resultados más significativos en los exámenes complementarios realizados, es la amilasa sérica aumentada, la cual guarda una estrecha relación con la investigación de Coca et al.¹¹

La amilasemia se eleva en las horas posteriores al comienzo de los síntomas y se normaliza rápidamente en menos de 5 días. Esta refleja el balance entre la producción de amilasa por todos los órganos que la contienen y su catabolismo o su depuración plasmática.²²

La lipasemia es más específica que la amilasemia. La lipasemia puede mantenerse elevada durante mucho tiempo más que la amilasemia. Sólo debe determinarse una vez, en urgencias, ante la presencia de dolor típico, pero nunca en pacientes asintomáticos o con dolor atípico con la condición de reservar esta determinación para el diagnóstico positivo de pancreatitis aguda. En otras palabras, esta determinación sólo debería realizarse una vez, en el momento del dolor agudo, para confirmar el diagnóstico de pancreatitis aguda.²²

La lipasemia no tiene ninguna utilidad en el seguimiento o la apreciación de la gravedad de una pancreatitis aguda. En ningún estudio se ha establecido que sea un factor independiente de la gravedad de la pancreatitis aguda.²²

La lipasemia elevada ha demostrado en numerosos trabajos ser más fidedigna que la amilasemia ya que su costo es menor, es más específica ya que no se altera con las numerosas patologías que alteran a la amilasemia y dura más tiempo que la amilasemia elevada en sangre.

Aunque en esta investigación no se aborde sobre la cuantificación de amilasa pancreática debido a que esta prueba no se realiza en nuestro centro es de suma importancia plantear nuevas pruebas de laboratorio que permitan diagnosticar esta enfermedad con mayor eficacia. Esta conclusión es corroborada por el estudio Sánchez et al¹⁵, en el que alrededor del 70% de los casos fueron diagnosticados por el interrogatorio y el examen físico apoyado en los resultados de la lipasa pancreática que superó a la cuantificación de la amilasa.

Lo anterior permite disminuir el uso de métodos como la tomografía abdominal, que además de su costo, pueden ser perjudiciales en la evolución de la pancreatitis aguda leve, reservándose su empleo sólo para los casos severos.

García²² indica en su trabajo que el ultrasonido abdominal se indicó al total de la muestra. Se considera que es un examen que debe ser realizado en estos pacientes, ya que es un procedimiento incruento y fácilmente ejecutable; además, presenta bajo costo. Es el primer examen imagenológico abdominal que se debe solicitar en todo paciente con sospecha de pancreatitis aguda y se reconoce su valor como regla de oro en la enfermedad litiásica de la vesícula biliar, siendo de fundamental importancia en los casos de colangitis asociada a pancreatitis aguda.

No fue posible evaluar en esta investigación el ultrasonido abdominal debido a que en una cuantiosa suma de pacientes no se logró visualizar el páncreas debido a interposición gaseosa de las asas intestinales. Debido a esta consecuencia el médico de asistencia debió ser muy perspicaz para diagnosticar por medio de la clínica y exámenes de laboratorio la pancreatitis aguda.

Los medios de diagnóstico evolucionan constantemente y las diferencias de edad en los trabajos pueden provocar confusión en la comunidad científica. Algo si debe estar claro; la clínica siempre se impondrá sobre los complementarios imagenológicos o de laboratorio y siempre debe estar presente una frase Hipocrática muy famosa que dice "primum non nocere", es decir, lo primero es no hacer daño. La tomografía computarizada debe realizarse de urgencia sólo en caso de duda en el contexto de una urgencia abdominal no etiquetada.

Tabla 4. Distribución de los pacientes según etiología de la enfermedad. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech”. Septiembre de 2015 - enero de 2017.

Etiología	No.	%
Enfermedades de las vías biliares	17	37,77
Alcoholismo	9	20
Idiopática	8	17,77
Traumatismo.	7	15,55
Diabetes Mellitus.	4	8,88
Total	45	99,97

Fuente:Historias clínicas.

En la génesis de la PA se han implicado diferentes estímulos. Cerca del 90% de los casos están relacionados con afecciones de las vías biliares o con la ingestión excesiva de alcohol.⁵

Estudios realizados muestran que la causa más frecuente es el alcoholismo, reportado entre el 60 % y 70 % de todos los casos de PA.¹² Este es reconocido como la principal causa. Se plantea que el alcohol actúa como tóxico celular afectando las células acinares, por la acción de la lipasa pancreática se produce liberación de anticuerpos grasos libres, disminuye la capacidad de inhibición de la tripsina y aumenta entonces su actividad proteolítica, lo que explica el daño tisular.²⁴

Las dos causas más comunes de pancreatitis en los Estados Unidos son el consumo excesivo de alcohol y los cálculos biliares. El consumo de alcohol es responsable de hasta el 70% de los casos en los Estados Unidos.⁵

La frecuencia de estas causas es muy variable dependiendo de la población en estudio. En los grandes hospitales urbanos de los Estados Unidos, el abuso del alcohol es la principal causa. En otras zonas de los Estados Unidos y en muchos estados de Europa y Asia, la PA asociada a la litiasis biliar es la predominante.⁵

Pellegrini et al¹², del Hospital Británico en Buenos Aires exponen en su investigación de 97 pacientes como etiología de la pancreatitis que, 48 fueron de origen biliar, 23 idiopáticas, 11 post-procedimientos en la vía biliar, 2 de origen alcohólico y 13 de otras causas.

En el Hospital General de México, Sánchez et al¹⁵, indican que de un total de 104 pacientes las causas más frecuentes fueron la biliar con 51 pacientes (49%) y la alcohólica con 39 pacientes (37%).

La Diabetes Mellitus fue una causa poco frecuente. En nuestra investigación la cuantía de pacientes con esta condición morbosa no fue significativa, pero reconocemos la seriedad de la misma, debido a que según la Díaz et al²⁴, esta enfermedad se asocia con un 89% de aumento del riesgo de desarrollar pancreatitis aguda.

Un equipo halló entre más de 97 000 adultos de Taiwán, seguidos durante ocho años, que aquellos con diabetes mellitus tipo 2 registraban el doble de casos de pancreatitis aguda (casi 28 casos por cada 10 000 personas por año) que el grupo sin diabetes mellitus (14 casos cada 10 000 personas/año).²⁵

Aunque la pancreatitis pueda tener como etiología una gran cantidad de causas son fundamentales dos distintivas: el alcoholismo, que es más frecuente en los hombres y la patología de las vías biliares que es más frecuente en las mujeres. Los datos reportados coinciden casi en su totalidad, pero resultan contradictorios ya que, si consideramos que la etiología casi siempre es biliar, como ocurre en el trabajo de Pellegrini et al¹² y Sánchez et al¹⁵, y las enfermedades biliares predominan en la población femenina, entonces se esperaría una mayor frecuencia en dicho sexo. La pancreatitis a nivel global tiene mayor incidencia en la población masculina.

Tabla 5. Distribución de los pacientes según tratamiento realizado. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech”. Septiembre de 2015 - enero de 2017.

Tratamiento	No.	%
Médico	32	71,1
Quirúrgico	13	28,8
Total	45	99,9

Fuente: Historias clínicas.

Según estimados un 80% del total de pacientes con PA presentará la forma leve de la enfermedad, asociada a edema del tejido pancreático intersticial o alrededor de la glándula, y solucionando por lo general en una semana de tratamiento médico.

Sin embargo, la forma necrotizante de la condición, presente en el restante 20%, constituye el final más severo, caracterizándose por necrosis pancreática o peri-pancreática, e infectándose en un tercio de los casos, asociándose por demás a estados de sepsis, sepsias grave, o FO simple o múltiple, contabilizando una mortalidad estimada del 50 % del total de pacientes operados y de casi el 100 % de los que no,⁹ ya que con la cirugía la mortalidad se puede reducir de forma significativa.²⁶

El tratamiento de la pancreatitis aguda es fundamentalmente de soporte como se evidenció en los resultados, el objetivo consiste en limitar la secreción exocrina del páncreas, mantener un estado hídrico óptimo, detectar las complicaciones inmediatas y las que a largo plazo se detectan.³

Cualquier intervención quirúrgica realizada dentro de los primeros días de evolución de una PA grave se asocia con tasas de mortalidad de hasta 65 %. En el pasado se consideraba la necrosectomía precoz y el aseo quirúrgico como una opción de tratamiento para la PA grave. Se ha demostrado que estas operaciones facilitan la infección del tejido necrótico y multiplican la mortalidad de los pacientes. La necrosis estéril rara vez requiere intervenciones, salvo en pacientes que desarrollan complicaciones catastróficas como hemorragia o perforación visceral.¹⁸

Precisamente la investigación arrojó mayor prevalencia del tratamiento médico, aunque actualmente, se destacan las ventajas de un grupo de novedosas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas de drenajes y desbridamientos guiadas por imágenes o endoscopia, las cuales han ganado aceptación general de forma rápida y convincente, cuyo futuro es altamente prometedor.¹⁸

La tendencia quirúrgica que desde hace varios años predominaba en relación a la pancreatitis aguda ha ido variando y las indicaciones se han reducido a tal punto que va quedando solamente para la segunda fase de la enfermedad (3ª y 4ª semanas), en la que aparecen las complicaciones sépticas.²⁷

Teniendo en cuenta lo anteriormente planteado se debe valorar muy bien el momento de la intervención y que la cirugía se reserve para las complicaciones como la colecistopancreatitis, pancreatitis hemorrágica, el fallo multiorgánico con necrosis que no responde al tratamiento conservador, síndrome compartimental, necrosis infectada, absceso pancreático, perforación intestinal y además en caso de duda diagnóstica.²⁸

La necrosectomía puede realizarse mediante 4 técnicas distintas: a) taponamiento abierto b) lavados repetidos por etapas c) lavado cerrado continuo en la transcavidad de los epiplones y del retroperitoneo, y d) taponamiento cerrado.²⁹

Ocampo et al²⁹, realizaron una búsqueda mediante Pubmed y seleccionaron 37 trabajos para analizarlos; de los seleccionados se identificaron 6 factores determinantes de mortalidad luego de la necrosectomía pancreática. Estos factores fueron: el intervalo de tiempo entre el ingreso y la necrosectomía, la composición líquida o sólida predominante, la presencia de infección, la extensión y localización de la necrosis pancreática, la presencia de disfunciones orgánicas y la organización de la necrosis.

El tratamiento quirúrgico fue el menos utilizado ante los pacientes con pancreatitis aguda lo que indica que el protocolo que sienta las bases para el tratamiento está a nivel de las tendencias quirúrgicas actuales brindando un tratamiento médico de sostén inicialmente, manteniendo una conducta expectante para proceder con la intervención ante cualquier complicación citada anteriormente.

Conclusiones

La pancreatitis aguda constituye una urgencia severa en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech", con una alta incidencia en los pacientes que se encuentran en la cuarta década, afectando en gran medida al sexo masculino.

El dolor en epigastrio que se irradia a los hipocondrios derecho e izquierdo fue una manifestación clínica que prevalece en todos los pacientes estudiados.

El examen complementario más importante lo constituyó la amilasa sérica ya que se encontraba aumentada en más de la mitad de los pacientes.

Las enfermedades de las vías biliares constituyen la causa fundamental de la enfermedad, siendo el tratamiento médico el más difundido.

Referencias bibliográficas

1. Pancreatitis aguda en Terapia Intensiva durante el decenio 1993-2003. Rev cubana Med. [Internet]. Abr 2004 [citado 3 Mar 2015]; 43(1): [aprox. 8p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol43_1_04/med07104.htm.

2. Sánchez C, García Aranda JA. Pancreatitis aguda. Bol Med Hosp Infant Mex 2012; 69(1):3-10.
3. Zandalazini H, Ocampo C. Pancreatitis aguda. Enciclopedia Cirugía digestiva. Argentina 2009; 4-472:1-9.
4. Soler Vaillant R. Cirugía del Abdomen. La Habana: Ecimed; 2009.
5. Ocampo C. Pancreatitis aguda. Bases racionales para la desobstrucción biliar temprana. Enciclopedia Cirugía digestiva. Argentina 2009; 472:1-6.
6. Jordán Alonso A, Fernández Morín J, de Posada Jiménez PR, Cruz Méndez D. Pancreatitis aguda. Rev cubana Med. [Internet] 2005 [citado 2 Ene 2015]; 43(1): [aprox. 24 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202005/vol3%202005/tema02.htm>.
7. Poma Maraví E, Zubia Olascoaga F, Petrov MS, Navarro Soto S, Laplaza Santos C, Morales Alava F et al. Recomendaciones para el manejo en cuidados intensivos de la pancreatitis aguda. Med intensiva. [Internet]. Mar 2013 [citado 6 Ene 2015];37(3): [aprox. 17 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082013000200002&lng=es.
8. Fernández Gómez A. Necrosectomía laparoscópica en pancreatitis aguda. Revista Cubana de Cirugía [Internet]. 2013 [citado 2015 Mar 12]; 52(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/64>.
9. Mogollón Reyes G, Tovar Cuevas J, Upegui D, Sefair C. Colangiopancreatografía magnética: valor diagnóstico para detectar coledocolitiasis en pacientes con pancreatitis aguda leve. Revista Cubana de Cirugía [Internet]. 2014 [citado 2015 Mar 12]; 53(1): [aprox. 21p.]. Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/68>.
10. Guarner Aguilar L. Pancreatitis crónica. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2006 mayo [citado 2015 Mar 13]; 98(5): 390-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113001082006000500010&lng=es.

11. Coca Machado J, Martínez Llano Y, García Gómez A, Gutiérrez Gutiérrez L, Santamaría Fuentes SJ, León Robles M. Caracterización de la pancreatitis aguda en la unidad de cuidados intensivos. Rev Cub Med Int Emerg. [Internet]. 2008 [citado 2015 Mar 16]; 7(2):1140-6. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol7_2_08/mie10208.htm
12. Pellegrini D, Pankl S, Finn BC, Bruetman JE, Zubiaurre I, Young P. Pancreatitis aguda: Análisis de 97 pacientes. Medicina (B. Aires) [Internet]. 2009 Abr [citado 2016 Mar 28]; 69(2): 239-45. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802009000300004&lng=es
13. Quevedo Guanche L. Pancreatitis crónica: Definición, clasificación, diagnóstico y tratamiento. Rev cubana Cir [Internet]. 2007 Sep [citado 2015 Mar 16]; 46(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000300014&lng=es.
14. Ojeda Ojeda MJ, González Aguilera JC, Frómata Guerra A, Palacio Ojeda L. Factores que al ingreso influyen en la evolución de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda. Multimed. [Internet]. 2012 Jul-Sep [citado 2015 Mar 10]; 16(3): [aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2012/v16-3/4.html>.
15. Sánchez Lozada R, Camacho Hernández MI, Vega Chavaje RG, Garza Flores JH, Campos Castillo C, Gutiérrez Vega R. Pancreatitis aguda: experiencia de cinco años en el Hospital General de México. Gac. Méd. Méx [Internet]. 2005 Abr [citado 2016 Mar 28]; 141(2): 123-7. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000200007&lng=pt.
16. Díaz Calderín JM. Pancreatitis Aguda. Rev cubana Med. [Internet]. Ene 2004 [citado 4 Mar 2015]; 52(1): [aprox.12p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113001082010000100020&lng=es.

17. Gutiérrez Núñez CA, Aguilera González del Pino Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda grave. Rev Cub Med Int Emerg. [Internet]. 2002 [citado 2015 Mar 16]; 1(71-81):11-23. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol1_1_02/mie13102.pdf.
18. Garcia TS, Miranda RE, Ocampo BM, Medina ML, Orellana RD, Vargas PF. Pancreatitis enfisematosa. Rev Chil Cir. dic 2010 [citado 2016 Mar 4]; 62(6): 555-6. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262010000600002>.
19. Laffita Labañino W. Abdomen agudo quirúrgico en la embarazada. La Habana, Ecimed; 2013.
20. Pérez CB, Palomeque JA, Hernández GM, Navarro FF, Jiménez RJ. Ascitis Quilosa Asociada a Pancreatitis Aguda. Rev Chil Cir set. 2014 [citado 2016 mar 3]; 66(5): 718-26. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262014000500011&lng=pt&tlng=es.
21. Lévy P. Pruebas de laboratorio en la pancreatitis aguda. EMC [Internet] 2015 [citado 2016 mar 8]; 19(4):1-5. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/51-s2.0-S1636541015746842.pdf?locale=es_ES.
22. García Noguera ER. Caracterización del comportamiento clínico-quirúrgico de la pancreatitis aguda en una unidad hospitalaria de Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2015 Ago. [citado 2016 Mar 28]; 19(4): 630-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400007&lng=pt.
23. Hernández Zúñiga R, Vicente Peña E. Medicina Interna. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Ecimed; 2009.
24. Díaz Perera G, Concepción Quero F, Quintana Setién C, Alemañy Pérez E. Factores de riesgo y enfermedades consecuentes de la aterosclerosis en pacientes diabéticos. Rev haban cienc méd [Internet]. 2010 Sep [citado 2015 Dic 21]; 9(3): 313-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000300005&lng=es.

25. Lévy P. Pancreatitis aguda. Barcelona: Harcourt; 2015.
26. Su M, Lin M, Zhao Q, Liu Z, He L, Jia N. Clinical study of distribution and drug resistance of pathogens in patients with severe acute pancreatitis. Chin Med J 2012 [citado 15 octubre 2015]; 125: 1772-6. Disponible en: <http://115.28.162.40/UpFiles/Article/2012831134650.pdf>.
27. Gompertz M, Lara I, Fernández L, Miranda JP, Mancilla C, Watkins G et al. Mortalidad de la pancreatitis aguda: experiencia de 20 años en el Hospital Clínico Universidad de Chile. Rev. Méd. Chile 2013; 141(5): 9334-7.
28. Fernández Cruz L, Lozano Salazar RR, Olvera C, Higuera O, Boado ML, Astudillo E et al. Pancreatitis aguda grave: alternativas terapéuticas. Rev Ci resp 2006; 80 (2): 64-71.
29. Ocampo CG, Zandalazini HI., Kohan G, Klappenbach RF, Oria AS. Factores determinantes de evolución en pacientes operados por complicaciones locales de la pancreatitis aguda. Rev. argent. Cir [Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Mar 28]; 103(4-6): 45-52. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2250-639X2012000300001&lng=es.