

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, CLÍNICA Y QUIRÚRGICA DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

CHARACTERIZATION EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND SURGICAL PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

Porto Varela, Mauro¹, Vomel Falcon, Carl Jacob², Centurión, Jessica María Teresita³, Montiel Roa, Arnaldo José⁴

RESUMEN

Antecedentes: La pancreatitis aguda constituye una enfermedad con repercusión local y sistémica. Actualmente, fue adoptándose por muchos países, la clasificación de pancreatitis establecida por Petrov y Windsor, basa en el compromiso local y sistémico de la enfermedad. **Objetivos:** Establecer la clasificación de pancreatitis según Petrov y Windsor, determinar las causas, registrar datos epidemiológicos, establecer el tratamiento, las complicaciones y mortalidad asociadas. **Materiales y métodos:** pacientes adultos con diagnóstico de pancreatitis aguda que ingresaron al Servicio de Cirugía General desde enero a diciembre de 2014, analizados de manera retrospectiva en un análisis descriptivo de corte transversal. **Resultados:** Fueron ingresados 271 pacientes con pancreatitis aguda, 75,27% correspondió a la forma leve, 56,37% al sexo femenino, con un promedio de edad de 48,9 y la etiología fue litiasica en 86,27%. Fue realizada colecistectomía en 77,27% de los pacientes sin complicaciones con mortalidad nula. La forma moderada se registró en 9,59%, grave en 11,07% y crítica en 4,05% con elevada mortalidad en esta última. **Conclusiones:** Se registró un predominio de pacientes adultos jóvenes con diagnóstico de pancreatitis aguda leve de etiología litiasica operados en su mayoría durante la internación con resultados satisfactorios. Los cuadros graves fueron de resorte quirúrgicos con elevados índices de morbimortalidad.

Palabras clave: Pancreatitis aguda, Petrov, Necrosectomía, Colecistectomía.

ABSTRACT

Background: Acute pancreatitis is a disease with local and systemic impact. Currently, was being adopted by many coun-

tries, the classification of pancreatitis established by Petrov and Windsor, based on local and systemic disease involvement. **Objectives:** To establish the classification of pancreatitis according Petrov and Windsor, determine the causes, epidemiological data register, establish treatment, complications and mortality. **Materials and Methods:** Adult patients with acute pancreatitis admitted to Department of General Surgery from January to December 2014, retrospectively analyzed in a descriptive analysis of transverse cut. **Results:** There were 271 patients admitted with acute pancreatitis, 75.27% were mild form, 56.37% female, with an average age of 48.9 and etiology was lithiasic at 86.27%. Cholecystectomy was performed in 77.27% of patients without complications with zero mortality. The moderately up at 9.59%, 11.07% and severe in criticism 4.05% with high mortality in the latter. **Conclusions:** The prevalence of young adult patients with acute pancreatitis etiology lithiasic slightest operated mostly during hospitalization were recorded with satisfactory results. The pictures were serious surgical spring with high rates of morbidity and mortality.

Keywords: Acute Pancreatitis, Petrov, Necrosectomy, cholecystectomy.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es una entidad dinámica con compromiso de los tejidos regionales y repercusión sistémica. De curso generalmente leve y auto limitado, pudiendo en algunos casos evolucionar a una forma grave relacionada a falla multiorgánica, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y muerte^(1,2).

A lo largo de los años fueron establecidas diversas clasificaciones de la pancreatitis aguda, que fueron modi-

Servicio de Cirugía General. Instituto de Previsión Social – Hospital Central. Asunción, Paraguay.

1) Jefe de Residentes, Cirugía General. portovama@gmail.com

2) Jefe de Residentes, Cirugía General.

3) Residente de tercer año, Cirugía General

4) Jefe del Servicio de Cirugía General

Autor correspondiente: Dr. Mauro Porto Varela, Servicio de Cirugía General. Instituto de Previsión Social, Hospital Central. Asunción – Paraguay. Tel. (0984) 632980 – E-mail: portovama@hotmail.com

ficándose de manera dinámica. Actualmente, varios países en consenso han adoptado la clasificación de Petrov y Windsor, basados en factores determinantes de la evolución como la necrosis peri pancreática y el fallo orgánico. En las primeras 72 horas clasifica la pancreatitis en leve o potencialmente grave, transcurrido ese tiempo se las clasifica en leve, moderada, grave o crítica. Para evaluar el compromiso local se emplea el índice de severidad topográfica utilizando los criterios de gravedad de Baltazar^(3,4). Esta clasificación en los últimos años fue ampliamente aceptada pudiendo ser útil para seguimiento de pacientes individuales y comparando grupos de pacientes⁽¹⁾.

El tratamiento inicial es conservador pudiendo recurrirse a la antibioticoterapia solo cuando se sospecha o certifica necrosis pancreática infectada y no en forma profiláctica^(5,6). Indicaciones de tratamiento quirúrgico son el síndrome compartimental, necrosis infectada con deterioro clínico, oclusión, isquemia o perforación intestinal. El tratamiento de las complicaciones tardías como los pseudquistes o colecciones líquidas pos necróticas se pueden tratar por vía endoscópica, percutánea o cirugía^(7,8).

Si la pancreatitis aguda ha tenido curso leve se sugiere la realización de la colecistectomía durante la internación si el estado del paciente lo permite; si no, se difiere la cirugía hasta la resolución del resto del cuadro loco regional⁽⁹⁾.

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

Población accesible: pacientes adultos de ambos sexos portadores de pancreatitis aguda comprobados por clínica, laboratorio y/o imágenes que ingresaron al Servicio de Cirugía General del Instituto de Previsión Social, Hospital Central desde el mes de enero a diciembre del año 2014.

Las variables de estudio consideradas fueron, la edad, sexo, Clasificación de la Pancreatitis Aguda según Petrov y Windsor, etiología de la misma, tratamiento realizado, procedimientos endoscópicos realizados, complicaciones clínicas o quirúrgicas, días de internación y mortalidad. No se incluyeron pacientes con pancreatitis aguda post colangiografía retrógrada endoscópica.

Los datos fueron recolectados por medio de planillas, donde se registraron las variables de estudio consideradas. Los análisis estadísticos implicaron la frecuencia absoluta y porcentaje.

RESULTADOS

Fueron ingresados al Servicio de Cirugía General, un total de 6.123 pacientes durante el periodo de Enero a Diciembre del año 2014. Del total de pacientes, han ingresado con el diagnóstico de pancreatitis aguda 271 pacientes en el periodo de tiempo establecido. De acuerdo a la clasificación establecida por Petrov, a las 72 horas de enfermedad fueron clasificados como pancreatitis leve

75,27%, moderada 9,59%, grave 11,07% y crítica 4,05% (**Tabla I**).

Según la distribución por sexo, de todos los pacientes ingresados 60,15 correspondió al sexo femenino (163) y 39,85 al sexo masculino (108). Se encontró predominio del sexo femenino en las formas leve y moderada, en las formas graves no se encontraron diferencias y en la crítica hubo predominio del sexo masculino (**Tabla II**).

El promedio de edad de la forma leve fue de 48,9 años, en la forma moderada 55,5 años, en la grave 71,6 años y en la crítica 70 años de edad. La distribución por rango de edades puede observarse en la **Tabla III**.

Tabla I. Pancreatitis aguda. Clasificación según Petrov y Windsor. Servicio de Cirugía General. Instituto de Previsión Social. Periodo 2014.

Clasificación de Petrov y Windsor	Frecuencia	%
Leve	204	75.27
Moderada	26	9.59
Grave	30	11.07
Crítica	11	4.05
Total	271	100

Tabla II. Pancreatitis aguda. Distribución según sexo. Servicio de Cirugía General. Instituto de Previsión Social. Periodo 2014.

Sexo	Leve (%)		Moderada (%)		Grave (%)		Crítica (%)	
Femenino	115	56.37	21	80.76	15	50	5	45.45
Masculino	89	43.63	5	19.23	15	50	6	54.54
Total	204	100	26	100	30	100	11	100

Tabla III. Pancreatitis aguda. Distribución según rango de edades. Servicio de Cirugía General. Instituto de Previsión Social. Periodo 2014.

Rango de edad	Leve (%)	Moderada (%)	Grave (%)	Crítica (%)
Menos de 25	1.85	2.77		
25 a 34 años	24.07	33.33	8.33	
35 a 44 años	11.11	11.11	16.66	
45 a 54 años	11.11	11.11	16.66	
55 a 64 años	16.66	11.11	41.66	16.66
65 a 74 años	24.07	22.22	8.33	50
75 a 84 años	11.11	8.35	8.33	33.33
Más de 84 años	1.85			

En cuanto a la etiología, existe un predominio de la pancreatitis aguda de etiología litiasica en un 84,87% (230) de todos los pacientes, seguido de la etiología alitiasica en 9,22%(25) y la dislipidémica en 5,91%(16) del total. Se registró predominio de la etiología litiasica en todas las formas de pancreatitis registradas siendo superior al 80% (**Tabla IV**).

Entre los pacientes clasificados como Pancreatitis Leve según Petrov, de los 204 pacientes diagnosticados, ingresaron con antecedente de colecistectomía 6,81%(12) del total, recibieron colecistectomía en la internación 77,27%(136) del total de pacientes. No fueron operados en la internación por alguna causa clínica no compensada 14,77%(28) del total.

Fueron sometidos a Colangiografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) 40 pacientes 22,72% con ictericia obstructiva concomitante, 22 (12,50%) pacientes con antecedente de ictericia obstructiva fueron colecistectomizados con Colangiografía intraoperatoria. No se registraron complicaciones quirúrgicas. Dos pacientes (0,98%) tuvieron complicaciones clínicas (Neumonía intrahospitalaria y Fibrilación auricular). El promedio de internación fue de 9 días. La mortalidad registrada es nula.

Entre los pacientes clasificados como Pancreatitis Moderada según Petrov, de los 26 pacientes diagnosticados, ingresaron con antecedente de colecistectomía 8,69%(2) del total. Ningún paciente fue colecistectomizado en la internación por la condición clínica de los pacientes y el grado de inflamación pancreática.

Fueron sometidos a Colangiografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) 4 pacientes 17,39% con ictericia obstructiva concomitante. Entre las complicaciones quirúrgicas registradas se detectó inflamación pancreática en 13 (50%) de los pacientes, colección pancreática múltiple en 2(7,69%) de los mismos, colección pancreática única en 6(23,07%) de los pacientes y no se registraron complicaciones en 5(19,24%) de los mismos. Dos pacientes (7,69%) tuvieron complicaciones clínicas (Neumonía intrahospitalaria). El promedio de internación fue de 12,33 días. La mortalidad registrada fue nula.

Entre los pacientes clasificados como Pancreatitis Grave según Petrov, de los 30 pacientes diagnosticados, ninguno ingreso con antecedente de colecistectomía, ni fue colecistectomizado en la internación. Fueron some-

tidos a Colangiografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) 5 pacientes 16,66% con ictericia obstructiva concomitante. Entre las complicaciones quirúrgicas registradas se detectó necrosis pancreática infectada en 15 pacientes (50%). Fue realizado drenaje percutáneo como tratamiento en 6(20%) de los pacientes. Tuvieron complicaciones clínicas 15(50%) de los paciente (Neumonía intrahospitalaria). El promedio de internación fue de 21 días. La mortalidad registrada fue del 66,66%.

Entre los pacientes clasificados como Pancreatitis Crítica según Petrov, de los 11 pacientes diagnosticados, ninguno ingreso con antecedente de colecistectomía, ni fue colecistectomizado en la internación. Entre las complicaciones quirúrgicas registradas se detectó necrosis pancreática infectada en 7 pacientes (63,63%), en todos ellos fue realizada necrosectomía como tratamiento. Tuvieron complicaciones clínicas 6 (54,54%) Shock séptico y en 4(36,36%) de los pacientes Neumonía intrahospitalaria. El promedio de internación fue de 44,5 días. La mortalidad registrada fue del 100%.

DISCUSIÓN

La nueva clasificación de Petrov y Windsor se basa en los factores locales y sistémicos de gravedad de la enfermedad pancreática, en lugar de la descripción de los eventos que están asociados con la causa de la gravedad^(1,10,11). En nuestra experiencia, basados en la clasificación citada, se encontró un predominio de la pancreatitis aguda leve en un 75,27% siendo menos frecuentes las formas moderada, grave y crítica.

A diferencia de nuestra casuística, en una publicación de Lujano et al. se encontró que el 50% de las pancreatitis correspondió a la forma leve, quedando las otras formas de pancreatitis distribuidas en el restante 50%⁽¹²⁾. Si bien se ha consensado en varios países la utilización de esta clasificación, existen aún escasas casuísticas que adopten este sistema de clasificación.

Según la distribución por sexo en esta serie, hubo predominio del femenino con 60,15% en las formas leves, similar a los observado por Baal et al. y Carreño et al^(6,9). En las formas graves no se encontraron diferencias de género, en tanto que en la publicación de Brand et al. et al hubo predominio del sexo masculino con 63,3%⁽¹³⁾. En las formas críticas hubo predominio del sexo masculino a semejanza de lo publicado por Lujano et al. et al⁽¹²⁾. Pudo observarse que existe predominio del sexo femenino en las formas leves y del masculino en las formas graves de pancreatitis aguda.

Con relación a la edad, el promedio de edad de la forma leve fue de 48,9 años, similar a lo observado por Servinet al^(5,7). En la forma moderada el promedio fue de 55,5 años, similar a las revisiones de Milianet al⁽¹⁴⁾. En la pancreatitis grave el promedio fue de 71,6 años y en la crítica 70 años de edad. Datos distintos fueron registrados por Acevedo et al donde el promedio de edad fue de 53 años en las formas graves⁽¹⁵⁾. Por lo observado puede in-

Tabla IV. Pancreatitis aguda. Distribución según etiologías. Servicio de Cirugía General. Instituto de Previsión Social. Periodo 2014.

Etiología	Leve (%)		Moderada (%)		Grave (%)		Crítica (%)	
Litiasica	176	86.27	23	88.46	25	83.33	10	90.9
Alitiasica	22	10.78	3	11.54	5	16.67	1	0.09
Dislipidémica	6	2.94						
Total	204	100	26	100	30	100	11	100

ferirse que la gravedad podrá no relacionarse con edades avanzadas de los pacientes que la padecen.

En esta investigación se constató predominio en todas las formas de pancreatitis aguda de la etiología litiasica en un porcentaje superior al 80%. En la publicación de Avedo et al se observó predominio de la pancreatitis aguda de etiología litiasica en un 70%^(3,15). Una publicación de Servinet al registro también predominio de la etiología biliar en 63,5% de los pacientes^(7,16). En su publicación, Lujano et al constataron predominio en un 53,6% de la etiología alitiasica⁽¹²⁾. Gompertz et al han registrado de la dislipidemia en 44,5%⁽⁵⁾. Tales diferencias podrían asociarse a factores como los hábitos alimentarios regionales de los pacientes que causarían el predominio de una etiología sobre la otra.

Se registró en esta casuística como antecedente remoto la colecistectomía previa en el 6,81%, Gompertz et al registraron este antecedente en 23,4% de los pacientes⁽⁵⁾. Recibieron colecistectomía en la internación 77,27% del total de pacientes en las formas leves y en 8,69% en la formas moderadas a diferencia de lo observado por Baal et al donde el 48% de los pacientes fueron sometidos a colecistectomía en la internación⁽⁹⁾. En base a los resultados y en base a las revisiones realizadas, la colecistectomía durante la admisión inicial debería ser la estrategia preferida para los pacientes con pancreatitis leve. Existen escasos reportes aun sobre las conductas adoptadas en los casos de pancreatitis moderada.

Fueron sometidos a Colangiografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) 22,72% con pancreatitis aguda leve y 17,39% con pancreatitis moderada. Baal et al han sometido a este procedimiento endoscópico al 39%⁽⁹⁾. Existen aún escasos reportes que registren las diferencias entre procedimientos endoscópicos para las diversas formas de pancreatitis según la clasificación adoptada en el presente estudio.

De los pacientes con antecedente de ictericia obstructiva fueron colecistectomizados con colangiografía intraoperatoria 12,5%. Tasas similares de colangiografía intraoperatoria se observó en la publicación de Baal et al⁽⁹⁾.

En esta investigación no se registró complicación quirúrgica y la mortalidad fue nula en las formas leves. Baal et al reportan algunos casos de lesión de vías biliares sin mortalidad⁽⁹⁾. El promedio de internación fue de 9 días en las formas leves similar a lo observado por Pellegrini et al⁽²⁾.

En cuanto al tratamiento de la Pancreatitis agudas graves, en esta casuística se detectó necrosis pancreática infectada en 50% de los pacientes. Targarona et al y Lujano et al constataron una frecuencia semejante a nuestra casuística^(12,17). Podemos inferir que estas complicaciones aumentan la gravedad de la pancreatitis aguda. Finalmente, el promedio de internación fue de 21 días en nuestra casuística a diferencia de lo publicado por Petrov et al donde registraron un promedio de 12,9 días^(11,18).

Entre los pacientes clasificados como pancreatitis crítica se detectó necrosis pancreática infectada en 63,63%, sometidos todos a necrosectomía como tratamiento. Según las publicaciones de Arroyo et al al 49% tuvieron necrosis pancreática infectada^(19,20). Servín et al realizaron necrosectomía en 26,8% de los pacientes⁽⁷⁾. El promedio de internación fue de 44,5 días. Según la publicación de Milián et al el promedio de internación fue de 46,4 días⁽¹⁴⁾. La mortalidad registrada fue del 100%, revisiones realizadas registran tasas de mortalidad inferiores^(11,13,21,22).

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia y basados en el sistema de Clasificación de Petrov y Windsor, se registró un predominio de las formas leves de pancreatitis, con predominio del sexo femenino siendo más frecuente la etiología litiasica. La mayoría de los pacientes con cuadros leves fueron colecistectomizados durante la internación, no estando esta estrategia asociada a complicaciones quirúrgicas.

En las pancreatitis de mayor gravedad se registró predominio del sexo masculino sin preferencia por edad. El tratamiento quirúrgico fue el indicado en estos pacientes índices relativamente elevados de mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maraví Poma E, PatchenDellinger E, Forsmark CE, Petrov MS, Windsor JA, Levy P. Clasificación Internacional y Multidisciplinaria de la Pancreatitis Aguda: Edición española ~ 2013. *Medicina Intensiva*. xx. 2013;1-7.
2. Pellegrini D, Pankl S, Finn BC, Bruetman JE, Zubiaurre I, Young P. Pancreatitis aguda: Análisis de 97 pacientes. *Med B Aires*. 2009 Apr;69(2):239-45.
3. Ms P, Ja W. Classification of the severity of acute pancreatitis: how many categories make sense? *Am J Gastroenterol*. 2010;74-6.
4. Petrov MS. Predicting the Severity of Acute Pancreatitis: Choose the Right Horse Before Hitching the Cart. *DisSci*. 2011 Oct 5;56(12):3402-4.
5. Gompertz M, Fernández L, Lara I, Miranda JP, Mancilla C, Berger Z. Índice clínico de gravedad en pancreatitis aguda: BISAP ("BedsidexIndexforSeverity in Acute Pancreatitis"): Dos años de experiencia en el Hospital Clínico Universidad de Chile. *Rev Médica Chile*. 2012 Aug;140(8):977-83.
6. Carreño CA, Sumano V. Pancreatitis aguda. *RevGastroenterolMex*. 2012;77:97-9.
7. Servin-Torres E, Velazquez-Garcia J, Delgadillo-Teyer G, Galindo-Mendoza L, Bevia-Perez F. Pancreatitis aguda grave, manejo quirúrgico en un hospital de tercer nivel. *CirCij*. 2001;437-41.
8. MANGIANTE G, RODELLA L, CEROFOLINI A, GIACOPUZZI S, PASSERI V, STERZI E, et al. Severe necrotic and septic pancreatitis. Indications to endoscopic, surgical, and nutritional therapy. *II G Chir*. 2013 Oct 29;34(9-10):284-7.
9. Baal M, Besselink M, Bakker O, Santvoort H, Schaapherder A. Oportunidad de la colecistectomía después de una pancreatitis biliar leve. *Ann Surg*. 255th ed. 2012;860-6.
10. Talukdar R, Vege SS. Classification of the Severity of Acute Pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2011 Jun;106(6):1169-70.
11. Petrov MS, van Santvoort HC, Besselink MH, van der Heijden GG, Windsor JA, Gooszen HG. Enteral nutrition and the risk of mortality and infectious complications in patients with severe acute pancreatitis: A meta-analysis of randomized trials. *ArchSurg*. 2008 Nov 17;143(11):1111-7.
12. Lujano N, PerezHernandez J, Duran Perez E, SerraldeZuñiga A. Correlación entre criterios clínicos, bioquímicos y tomográficos para evaluar la gravedad de la pancreatitis aguda. *Rev Esp de Enf Digest*. 102nd ed. Madrid; 2010;376-80.
13. Brand M, Götz A, Zeman F, Behrens G, Leitzmann M, Brünner T, et al. Acute Necrotizing Pancreatitis: Laboratory, Clinical, and Imaging Findings as Predictors of Patient Outcome. *Am J Roentgenol*. 2014 May 21;202(6):1215-31.
14. Milian J. W, Portugal S. J, Laynez Ch. R, Rodríguez A. C, Targarona J, Barreda C. L. Pancreatitis aguda necrótica en la unidad de cuidados intensivos: una comparación entre el tratamiento médico conservador y quirúrgico. *RevGastroenterol Perú*. 2010 Jul;30(3):203-8.
15. Acevedo Tizón A, TargaronaModena J, Málaga Rodríguez G, Barreda Cevalco L. Identificando a la Pancreatitis aguda severa. *RevGastroenterol Perú*. 2011 Jul;31(3):236-40.
16. Apodaca-Torrez FR, Lobo EJ, Monteiro LMC, Melo GR de, Goldenberg A, HeraniFilho B, et al. Resultados do tratamento da pancreatite aguda grave. *RevColégioBras Cir*. 2012;39:385-8.
17. Targarona J, Barreda C. L, Barreda C. Evaluación y Validación de las Indicaciones Quirúrgicas en la Pancreatitis Aguda con Necrosis, en el Hospital Nacional Edgardo RebagliatiMartins. *RevGastroenterolPeru*. 2012;32:257-60.
18. Ep D, Ce F, P L, P L, E M-P, Ms P, et al. Determinant-based classification of acute pancreatitis severity: an international multidisciplinary consultation. *Ann Surg*. 2012;875-80.
19. Arroyo-Sánchez AS, García Ventura J, Mejía A, Y R. Pancreatitis aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios: revisión y evolución de 36 casos. Hospital Víctor Lazarte E. - Trujillo, Perú. *RevGastroenterol Perú*. 2008 Apr;28(2):133-9.
20. 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. *GacMédica México*. 2005;141:123-7.
21. Faintuch J, Faintuch S. Nonoperative management of infected pancreatic necrosis. *Clinics*. 2006 Aug;61(4):287-8.
22. Hong W, Dong L, Huang Q, Wu W, Wu J, Wang Y. Prediction of Severe Acute Pancreatitis Using Classification and Regression Tree Analysis. *Dig Dis Sci*. 2011 Aug 11;56(12):3664-71.