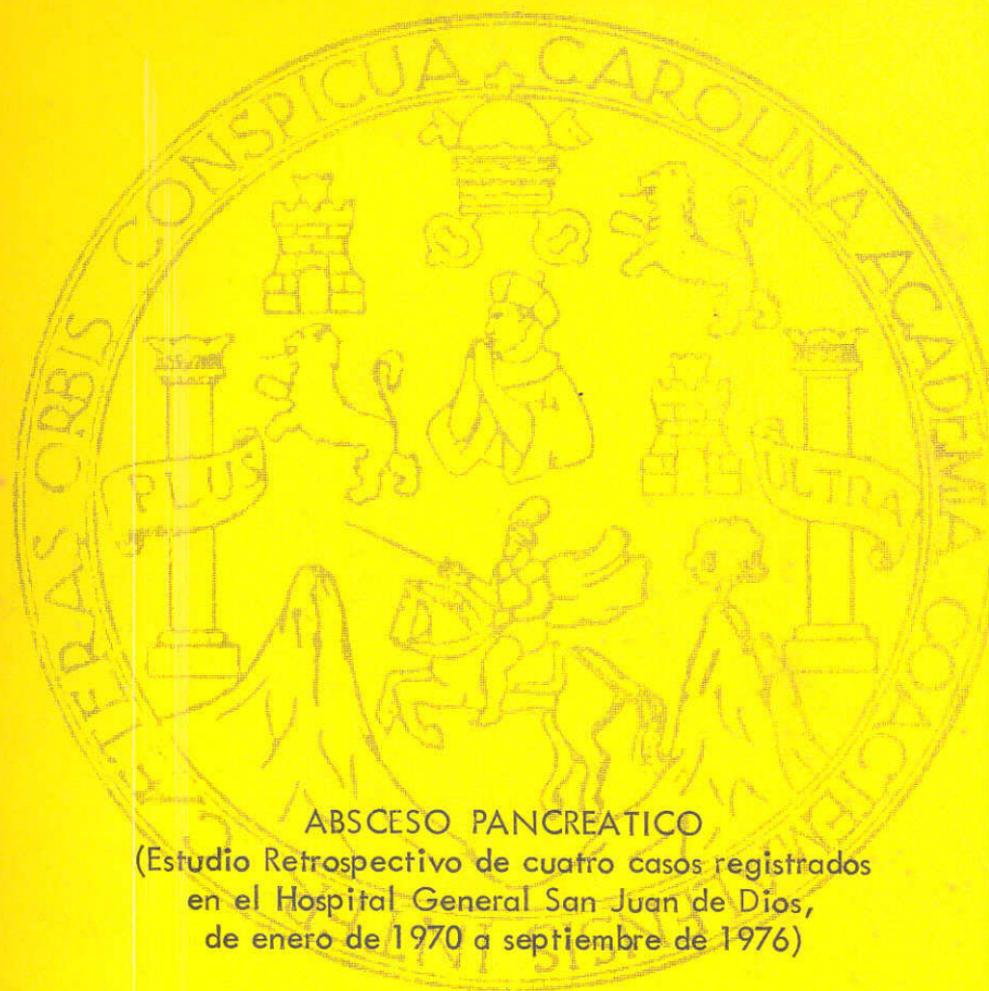


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



ABSCESO PANCREATICO

(Estudio Retrospectivo de cuatro casos registrados
en el Hospital General San Juan de Dios,
de enero de 1970 a septiembre de 1976)

JUAN DIEGO MAZARIEGOS RODRIGUEZ

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1976

INDICE

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- OBJETIVOS
- 3.- MATERIAL Y METODO
- 4.- ABSCESO PANCREATICO
- 5.- CASOS CLINICOS
- 6.- RESULTADOS
- 7.- ANALISIS
- 8.- CONCLUSIONES
- 9.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Las enfermedades agudas pancreáticas, habían sido manejadas por medidas no operatorias hasta hace poco tiempo. Los problemas abdominales agudos para el médico que está en contacto con éstos se le hace algunas veces difícil de diagnosticar. El enfrentarnos ante un paciente que se queja de dolor abdominal debe hacerse con mucha atención y cuidado, ya que el no hacerlo puede llevarnos a un desenlace fatal. Llevar el conocimiento de las posibilidades responsables de la sintomatología de un enfermo, descartar cada una de ellas inteligentemente, - para luego aplicar el tratamiento adecuado, es lo que permite la sobrevivencia.

Los problemas quirúrgicos del páncreas son la mayoría de las veces el resultados de enfermedades agudas del mismo, como lo es la pancreatitis. Sin embargo el desarrollo de la cirugía del páncreas, no ha sido como el de otros órganos. Los abscesos pancreáticos se desarrollan como una secuela de una pancreatitis aguda, que generalmente presenta un cuadro clínico confuso. El conocer la sintomatología, sus distintas localizaciones, los hallazgos de laboratorio y radiográficos, hacen que el absceso pancreático sea reconocido tempranamente. Este es el objetivo principal del presente trabajo.

OBJETIVOS

- 1.- Establecer la incidencia, la morbi-mortalidad del absceso pancreático en el Hospital General San Juan de Dios durante el período de tiempo de enero de 1,970 a septiembre de 1,976.
- 2.- Exponer los recursos para el diagnóstico temprano, y las formas de tratamiento utilizadas en el Hospital General San Juan de Dios.
- 3.- Comparar los resultados con los obtenidos en otros lugares.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron los libros del Departamento de Medicina, Departamento de Cirugía, Sala de Operaciones y Record clínico de pacientes del Hospital General San Juan de Dios durante el período de tiempo de enero de 1,970 a septiembre de 1,976.

Se efectuó revisión bibliográfica.

Y el método fue un análisis retrospectivo.

ABSCESO PANCREATICO

DEFINICION:

Un absceso pancreático es una colección de material purulento y tejido desvitalizado, que se encuentra localizado en el páncreas y se extiende por fuera de él (17). Los abscesos que se desarrollan después de una pancreatitis aguda inflamatoria son raros (1). No tratados quirúrgicamente aumentan de severidad y la frecuencia de las complicaciones son fatales (17). En suma su manejo exitoso es acosado por muchos problemas en el diagnóstico, localización de los abscesos, selección del tipo correcto de operación quirúrgica y reconocimiento y tratamiento de una variedad de complicaciones.

El Absceso pancreático ocurre también como una complicación de pancreatitis necrotizante y hemorrágica. El tejido necrótico, sangre, y enzimas activadas en un páncreas residual viable, constituye un sitio ideal para proliferación de bacterias (2).

HISTORIA:

A pesar que la anatomía del páncreas fué primeramente descrita por Rufus de Ephesus hace diecinueve centurias, no fué sino hasta 1,889 que Fitz reportó las primeras descripciones clínico-patológicas de la pancreatitis aguda (23). La primera descripción fué hecha por Brewer en 1,907, quien al mismo tiempo describió una técnica de drenaje quirúrgico para el tratamiento del mismo (23). Bittard en 1,919 enfatizó la importancia del diagnóstico radiográfico de absceso pancreático mediante la observación de un nivel hidroaéreo (1, 23). El primer tra-

tamiento exitoso fué aparentemente reportado por Davis en 1,917 (1). Beller y Nach reportaron un caso en 1,942 y revisaron cinco casos reportados previamente. Once años más tarde Welborn reportó tres casos más (1). En 1,957 Felson presentó seis casos adicionales demostrando abscesos del páncreas que contenían gas (10).

Berne y Edmonson en 1,962 revisaron las fístulas pancreático-colónicas y agregaron cuatro pacientes. Farrienger y asociados en un reporte reciente han presentado una revisión de siete nuevos pacientes.

A la fecha el número de reportes ha aumentado siendo las series cada vez mayores, así como las series mas variadas. La serie mas numerosa hasta la fecha fué reportada por Miller (17) en 1,974 comprendió un total de sesenta y tres pacientes

MORTALIDAD:

La mayoría de los autores coinciden de que la mortalidad depende del tipo de tratamiento, así comprobaron que sin tratamiento quirúrgico hubo una mortalidad del cien por ciento (1, 17). Por otra parte se estableció que la mortalidad varió de 40-47% después de tratamiento quirúrgico (4, 17, 23), variando esto de acuerdo al tipo de intervención y causa del absceso. Sin embargo Altemeier (1) reporta de que a los que se les hizo diagnóstico temprano y correcto la mortalidad fué de 14%.

FRECUENCIA:

Miller (17) encontró en tres hospitales sesenta y tres casos de absceso pancreático, en un período de tiempo de 1,936 a

1,972. De los casos reportados sesenta y uno tuvieron pancreatitis. Steedman (23) reportó trece casos durante un período de tiempo de 1,954 a 1,966 y la incidencia de absceso pancreático después de pancreatitis aguda fué de 1.5%. Bolooki (4) revisó de 1,954 a 1,967 y encontró dos mil pacientes con diagnóstico de pancreatitis, de los cuales setenta y cuatro o sea un cuatro por ciento fueron vistos por absceso pancreático, colección en la transcavidad de los eplones o ambos. Altemeier (1) de 1,936-1,932 encontró que del total de pancreatitis estudiadas - 4.5 correspondían a absceso pancreático.

SEXO:

En los estudios hechos se encontró que el sexo masculino predominó sobre el femenino en una proporción de 3:1. Sin embargo el sexo femenino fué mayor en aquellos pacientes con antecedente de enfermedad biliar (4, 17, 23).

EDAD:

El grupo etario que se encuentra más frecuentemente afectado es el de la segunda a la octava década y como lo reportan algunos autores el promedio es de cuarenta años. (4, 11, 10, 17, 23)

FACTORES PREDISPONENTES:

En nuestra revisión bibliográfica, pudimos comprobar que los factores predisponentes fueron: (1, 3, 6, 14, 17, 19).

- a.- Enfermedad biliar
- b.- Alcoholismo
- c.- Intervenciones quirúrgicas
 - Tracto Biliar únicamente
 - Tracto Biliar asociado con biopsia pancreática
 - Biopsia pancreática asociado con vagotomía y piloroplastia
 - Exploración seguida de pancreatitis aguda
 - Esplenectomía
 - Intervenciones gastro intestinales
- d.- Trauma abdominal
- e.- Infección de pseudoquistes
- f.- Idiopática.

Todos estos factores conllevaron según los autores, previo a la formación del absceso, a una pancreatitis aguda; teniendo mayor incidencia las intervenciones quirúrgicas, alcoholismo, - trauma abdominal y enfermedad biliar en orden descendente de frecuencia.

PATOGENIA:

La pancreatitis no generalmente resulta en necrosis del tejido pancreático, pero las áreas de necrosis, cuando ellas aparecen, son un riesgo de infección. El origen y la ruta de la contaminación bacteriana no ha sido establecida, las posibilidades incluyen invasión a partir de bilis infectada, vía hematogena, diseminación a lo largo de linfáticos a partir de vesícula o colon y penetración transmural directa del colon transverso adyacente. La última hipótesis que entre de los abscesos crecen múltiples organismos con una fuente predominante de coliformes y otras especies entéricas además de estafilococos y estreptococos y que organismos similares pueden frecuentemente ser recu

perados por parasentesis durante pancreatitis aguda.

El páncreas está localizado en el retroperitoneo justamente posterior al saco epiploico menor. Durante la pancreatitis la transcavidad de los epiplones puede llenarse de secreciones pancreáticas escapadas, fragmentos de tejido necrótico y trasudado. Si estas colecciones se infectan el absceso de la cavidad mencionada puede diseminarse a los espacios subfrénicos, especialmente al izquierdo. Mas frecuentemente el proceso queda confinado al retroperitoneo. Areas de necrosis pancreáticas café negrozco viene a ser el foco del absceso, el cual se vuelve confluyente, destruyendo la glándula. Posiblemente ayudados por las enzimas proteolíticas del páncreas, los abscesos tienden a extenderse a lo largo del tejido retroperitoneal hacia arriba en el mediastino, hacia abajo dentro del mesocolon transversal, mesocolon sigmoide, mesenterio del intestino delgado, músculo psoas y escroto (27).

CUADRO CLINICO:

Los síntomas y signos asociados con la formación de un absceso aparecen de una a tres semanas después del ataque de pancreatitis, pero en algunos pacientes los síntomas propios del absceso pueden ser la primera manifestación (1).

DOLOR:

En el cuadro de pancreatitis aguda, el diagnóstico diferencial primario se centra sobre la presencia de dolor abdominal superior, el cual es visto en el 97% de los casos durante las primeras 48 horas de la enfermedad (2). El dolor es un signo prominente que es útil para el diagnóstico, pero se confunde con

el producido por una colecistitis o una úlcera perforada. En el cuadro de pancreatitis es usual que el dolor desaparezca dentro de las primeras 48 horas de iniciado el tratamiento, y es precisamente la persistencia de este dolor después de un tiempo prudencial lo que debe alertar al médico sobre la presencia de un absceso del páncreas.

En el cuadro de absceso pancreático, el dolor es un síntoma cardinal que es observado en el cien por ciento de los pacientes, siendo mas exquisito sobre el área de la pared abdominal anterior que cubre al absceso (1, 10, 17).

El dolor algunas veces se irradia hacia los flancos y la espalda (1) cuando la extensión del absceso alcanza hasta los espacios subfrénicos es frecuente observar irradiación hacia la región cervical (23). Dolor abdominal asociado a vómitos fueron las molestias iniciales (4), sin embargo el vómito no alivió el dolor (2). También se puede observar además del dolor distensión abdominal y postración (11).

NAUSEA Y VOMITOS:

Este es otro síntoma que se encuentra presente en la mayoría de los pacientes. Los vómitos pueden ser pocos en número, pero es más común que sean frecuentes y que se repitan a intervalos cortos de tiempo (1, 17).

FIEBRE:

Otro síntoma cardinal que por lo regular sigue un patrón monofásico o bifásico característico diariamente, el cual oscila de 38°C a 40.6°C. Se refiere fiebre en la mayoría de los pa-

cientes (1, 4, 11, 17).

ANOREXIA:

Asociada a malestar general se observa frecuentemente en la mitad de los pacientes. Steedman (23) encontró en su estudio una pérdida de peso que fué de 20 a 60 libras en un período que varió entre 2 1/2 y 13 semanas después del acceso de pancreatitis.

DISTENSION ABDOMINAL:

Más de la mitad de los pacientes se queja de distensión abdominal (17). Farrienger (10) encontró ocasionalmente pacientes que se quejaban de llenura epigástrica.

MASA PALPABLE:

Se encuentra masa palpable en el epigastrio en el 85 por ciento de los pacientes (10, 23). En otras ocasiones la masa puede ser localizada por debajo del área subcostal izquierda. - También puede ser palpada en los cuadrantes inferiores del abdomen y en raras ocasiones pueden extenderse hasta el escroto (23) o labios mayores (20). Durante el acto operatorio y la autopsia se pudo comprobar que solamente aquellas masas que medían 7 centímetros de diámetro o más habían sido clínicamente palpadas. (23).

Miller (17) dice que lo más frecuentemente encontrado es una masa abdominal, sensibilidad en la región de absceso, y una fiebre sin explicación. La persistencia de fiebre, ileo, de

terio de una a cuatro semanas después de un período de mejoría de pancreatitis, eleva la posibilidad del absceso.

Otros cuadros significantes incluyen: Shokc, diarrea, hemoptisis e ictericia (17).

LABORATORIO:

Los estudios de laboratorio, aunque nunca concluyentes, frecuentemente son útiles coadyuvantes para el diagnóstico de absceso pancreático.

LEUCOCITOSIS:

La mayoría de autores encuentran leucocitosis de variada amplitud (1, 4, 10, 11, 17). Sin embargo puede haber leucopenia (1, 2).

SEDIMENTACION:

En los pacientes que se determinó, se encontró por arriba de 40 milímetros por hora (23)

HEMATOCRITO:

Casi siempre ocurre una caída en el hematocrito, el cual puede ser desde 4 hasta 30 con una caída media de 12% (23). - Las lecturas del Ht y las anomalías de la función renal puede generalmente no especificar y contribuyen poco al establecimiento del diagnóstico (17).

PROTEINAS SERICAS:

Hay hipoalbuminemia en la mayoría de los casos (17,23).

GLICEMIA:

La hiperglicemia es un hallazgo significativo con una medición promedio del azúcar en ayunas de más de 200 mgs.%. Esta fué encontrada en el 70% de los pacientes, siendo los valores de 170 hasta 1,200 mgs % (23).

FOSFATASA ALCALINA:

Esta enzima se encuentra generalmente elevada aunque los pacientes no se encuentran ictericos y no tienen evidencia alguna de enfermedad ósea (23). Puede estar alterada en el 37 % de los casos (17). Sin embargo se ha reportado que esto sucede en el 80% (27).

NITROGENO DE UREA:

Este se encuentra elevado solo en los pacientes que tienen hemorragia gastro intestinal masiva concomitante con un absceso pancreático (2).

AMILASA:

La hiperamilasemia puede suceder en algunos pacientes, sin embargo la mayoría de las veces es normal (4, 10, 11, 17, - 23). El valor normal varía de 60 a 180 unidades Somogyi. El

valor de amilasa urinaria es de 300 U Somogyi por hora. Los valores persistentemente altos de amilasa sérica o urinaria después de pancreatitis aguda, es dada por la formación de un absceso o un pseudoquistes. Drenando cada uno de éstos los valores vuelven a lo normal. Puede suceder también que se formen abscesos y que tengan valores normales de amilasa (25).

ORINA:

El estudio microscópico de la orina es frecuentemente encontrar hematuria, piuria. Esto es especialmente frecuente cuando el absceso se encuentra muy cercano al riñón o ureter. (2) La albuminuria persistente es también un hallazgo común (23). Puede haber glucosuria, acompañado de hiperglisemia (11), cuando el cuadro se complica con diabetes.

CALCIO:

Hay hipocalcemia en el 30% de los casos (17, 2). Puede acompañarse de hipomagnesemia.

LIPASA:

Puede estar elevada antes de la hiperamilasemia, aunque generalmente empieza a aumentar cuando la amilasa disminuye. Esta no se usa, generalmente, para obtener el diagnóstico, (2).

ESTUDIOS RADIOGRAFICOS:

Los estudios radiográficos muestran cambios que pueden

ser útiles para el diagnóstico en la mayoría de los pacientes (1, 17).

PLACA SIMPLE DE ABDOMEN:

La presencia de gas en el absceso pancreático se ve pocas veces, pero cuando se logra ver es un signo patognomónico (1, 17). En la proyección lateral el gas se puede ver por detrás del cuerpo del estómago, puede verse desplazamiento gástrico, dilatación gástrica, duodenal, ileoparalítico, borramiento del psoas o asa centinela (9, 11, 17). El hallazgo tardío del "signo de burbujas de jabón", es patognomónico de absceso retroperitoneal (10, 17, 27).

TORAX:

La patología observada consiste en elevación del emidiasfragma, derrame pleural y atelectacias basales. Aunque pueden suceder de ambos lados es más frecuente del izquierdo (1, 4, 9, 10, 11, 17).

ENEMA DE BARIO:

Podrá mostrar un colon transversal y una flexura esplénica deformada y desplazada hacia abajo (1, 11, 27).

SERIE GASTRO DUODENAL:

Esta muestra el desplazamiento del estómago hacia adelante y arriba (1, 17, 27). Se observa presión en la pared pos-

terior del estómago y alargamiento de la curva duodenal (4, 11, 27). Puede verse una masa extraluminal que produce un desplazamiento medial y hacia abajo del yeyuno, que está cerca del ligamento de Treitz, con un aumento del espacio entre la curvatura mayor del estómago y colon transversal (10, 11, 27).

PIELOGRAFIA I.V.:

Se puede observar el riñón izquierdo desplazado hacia abajo en pocos casos (23, 27).

FISTULOGRAMA:

Generalmente se hace después que se ha hecho el drenaje o que ha habido una ruptura espontánea del absceso y a menudo revela una comunicación con el conducto pancreático o la cavidad del absceso (1).

PANCREATOGRAFIA RETROGRADA:

Puede llevarse a cabo por una canalización de la ampolla de Vater bajo una endoscopia. La experiencia hasta la fecha ha demostrado que esta técnica es segura y práctica y que promete jugar un papel importante en la evaluación y diagnóstico de muchas formas de enfermedad pancreática (12).

TOMOECOGRAFIA-ULTRASONIDO:

Este estudio es una imagen de partes blandas, da buenos resultados cuando los otros métodos radiológicos fracasan. Con

siste en tomogramas de ultrasonido en dos dimensiones, que da información precisa de la anatomía de la masa y sus relaciones con las vísceras vecinas. Debe efectuarse antes de una S.G.I., ya que la imagen es degradada por el bario; el paciente no debe estar ni deshidratado ni distendido (28). Jensen (16) dice que por medio de este método diagnóstico es posible diferenciar los hematomas de los abscesos, pero hay que tomar en cuenta que nos puede dar falsos positivos y negativos. Con este método se hace diagnóstico, es seguro no da complicaciones (24).

CULTIVO:

Los cultivos tomados del absceso pueden ser polimicrobianos o monomicrobianos, encontrándose una gran variedad de agentes causales variando su frecuencia para cada uno de los autores (1, 4, 17). Se pueden encontrar: E. Coli, Klebsiella, Proteus, Enterococo, Estafilococo Aureus, Pseudomona Aeruginosa y enterobacter Aerógenes.

TRATAMIENTO:

No cabe duda que en el tratamiento del absceso pancreático es de suma importancia el diagnóstico temprano y el drenaje del mismo (17). Cuando se logra hacer un diagnóstico preoperatorio u operatorio temprano la recuperación puede ser hasta del 86% (1). Una tardanza en el diagnóstico, con una falla en iniciar el drenaje tempranamente, limita la mejoría postoperatoria (17). Cuando no se logra hacer un diagnóstico temprano correcto y tampoco un drenaje quirúrgico la mortalidad es de cien por ciento (1, 2, 17, 23).

La preparación de los pacientes que deben ser sometidos

a intervenciones quirúrgicas incluye: el uso de transfusiones, cuando sean necesarias; reposición de albumina y el control de líquidos y electrolitos. Cubrir con antibióticos es de vital importancia, pero es más importante aún hacer cultivos y sensibilidad para dar el tratamiento de elección (10).

El único tratamiento efectivo del absceso pancreático ha probado ser la escisión quirúrgica y el drenaje. Una vez el absceso pancreático es sospechado, el paciente podrá ser prontamente preparado y sometido a la exploración (2, 10, 17). Un abordamiento transperitoneal para evitar la formación de absceso subfrénico múltiple y loculado (10); debe llevarse a cabo. Todo esfuerzo debe ser empleado para debridar todo el páncreas necrótico, lo cual debe hacerse digitalmente para evitar daño esplénico y de otros vasos principales (2, 17). Dos drenajes de Sump deben ser puestos y sacados a través de los flancos por incisiones adicionales (1, 2, 17). Cuando el drenaje se hace a través de la herida operatoria puede ser la causa de infección de la herida y está asociado con una alta incidencia de recurrencia del absceso (1, 10, 17).

En el postoperatorio el uso de antibióticos está indicado (1, 2, 10) y la asociación de cefalotina con kanamicina o gentamicina a grandes dosis I.V., son los de elección antes de que se obtenga el cultivo y la sensibilidad. Sin embargo se ha recomendado el uso de penicilina combinado con un antibiótico de amplio espectro como es tetraciclina, cloranfenicol o kanamicina (10). Los Sumps u otros drenajes no deben ser empezados a retirar por lo menos antes de una semana, y debe hacerse en cortos períodos de tiempo. La irrigación de los Sumps con solución salina ayuda a limpiar la cavidad. El uso de soluciones dextrosadas debe hacerse con cuidado por la alta incidencia de diabetes secundaria a lesión pancreática (2).

El drenaje hacia el yeyuno o hacia el estómago no ha sido recomendado, pero el drenaje hacia el estómago puede ser de gran valor cuando el absceso está firmemente adherido hacia la cara posterior del estómago (1). El drenaje interno tipo Y de Roux puede ser usado en casos excepcionales (10). Sin embargo Polk (21), pone de manifiesto pacientes que fueron tratados bajo un drenaje interno por un pseudoquiste del páncreas. Posteriormente los pacientes tuvieron una peritonitis fecal secundaria a la ruptura de la anastomosis y fallecieron. Los cirujanos notaron que la pared de la cavidad era friable y que las suturas se desgarraban. Estos pacientes tenían un absceso pancreático en consecuencia concluye que el drenaje interno para tratar los abscesos pancreáticos está contraindicado y que los signos de friabilidad y desgarramiento de suturas, nos deben hacer pensar en que se trata de un absceso. Cuando exista duda de si es un pseudoquiste o se trata de un absceso será mejor hacer un drenaje externo.

COMPLICACIONES:

Las complicaciones de los abscesos pancreáticos son muchas y se pueden resumir de la siguiente forma: (1, 17, 23).

- a.- Extensión a espacios adyacentes
 - Subfrénico
 - Subepático
 - Transcavidad de los epiplones
 - Suprarrenal
- b.- Diabetes
- c.- Abscesos recurrentes
- d.- Septicemia
- e.- Perforación a la cavidad peritoneal
- f.- Erosión arterial.

- g.- Úlceras gástricas o duodenales
- h.- Persistencia de fístula pancreática
- i.- Fístula pancreato pleural
- j.- Absceso de la herida
- k.- Absceso metastásico
 - Mediastino
 - Escroto
 - Labios mayores
- l.- Hernia incisional
- m.- Fístulas entéricas
- n.- Falla renal
- ñ.- Desórdenes de coagulación
- o.- Obstrucción gástrica.

Miller (17) en su estudio de 63 pacientes describe que las complicaciones pulmonares contribuyeron a causar la muerte en el 90%, y en orden de frecuencia aparecieron: efusión pulmonar, neumonía, atelectasias, aspiración embolia pulmonar. Cuarenta pacientes se complicaron con hemorragia, de los cuales fallecieron el 80%. Sin embargo Warshaw (28), refiere que la complicación más frecuente es la recurrencia del absceso.

CASOS CLINICOS

Caso Clínico No. 1

C.G.A. Registro Médico 22,456/70. 43 años femenino consultó, el 10-12-1976, por cólico abdominal y fiebre. Ningún antecedente de importancia. S/V de ingreso: F.C.: 100 X', F.R.: 28 X', T.O.: 37.3°C. El abdomen fué doloroso y no se palparon masas. Con una impresión clínica de colecistitis aguda fue ingresada y su tratamiento fué: antibióticos, anticolinérgicos, analgésicos y succión continúa. Hubo leucocitosis, anemia de 8 grs %, las transaminasas, bilirrubinas, fosfatasa alcalina y amilasa fueron normales. El 17 del mismo mes se lleva a cabo una laparotomía por persistir sintomatología. Hallazgos: absceso de la cola del páncreas, apendicitis, pericolecistitis severa, litiasis y lodo biliar. Colecistostomía y drenajes de la cavidad transperitoneal y en la pelvis se lleva a cabo. La paciente fallece en sala de operaciones.

Caso Clínico No. 2

C.A.L.R. Registro Médico 13,607/74, 27 años, masculino - consultó por dolor y vómitos el 1-4-1976. Antecedente: alcoholismo crónico. Leucocitosis, hipoproteïnemia, amilasa y bilirrubinas fueron normales. El 2-4-1976 se lleva a cabo una laparotomía de emergencia por estado de shock y se encuentra una pancreatitis hemorrágica efectuando lavado peritoneal, drenaje en la transcavidad de los epiplones y en parietocólico izquierdo, así como una colecistostomía más yeyunostomía tipo witzel. Evolucionó satisfactoriamente pero un mes después de intervenido es nuevamente operado por abdomen agudo, encontrando un absceso en la cavidad retroperitoneal, dejando drena-

jes en la transcavidad de los epiplones y en el espacio subfrénico izquierdo. Paciente se recupera y es dado de egreso cuatro meses después de la segunda intervención. *

Caso Clínico No. 3

T.G.C. Registro Médico 02605/76, 56 años femenino. Quien el 8-3-1976 consultó por dolor en epigastrio, náusea y vómitos. El abdomen fué doloroso y sus S/V de ingreso fueron: P/A 110/70, P.R.: 84 X', F.R.: 24 X', T.O.: 37°C. Fué ingresada con I.C.: pancreatitis aguda y el tratamiento a base de anticolinérgicos, antibióticos, analgésicos, soluciones I.V. más succión nasogástrica fué empezado. La paciente evolucionó satisfactoriamente en los primeros días pero persistió el dolor y hubo fiebre posteriormente. Una masa en epigastrio empezó a palparse. Hiperamilasemia, hiperglicemia, hipofosfatemia, hipoprotrombinemia y sedimentación alta fueron encontrados. Una placa de tórax mostró elevación de ambos hemidiafragmas y derrame pleural bilateral. S.G.D.: arcoduodenal abierto y ángulo yuyenal desplazado hacia abajo. Hubo además hipoalbuminemia. El 2-4-1976 se le efectuó laparotomía encontrándose un absceso pancreático que estaba unida a estómago, mesocolon y vesícula biliar, que estaba libre de cálculos. Se efectuó debridamiento del tejido necrótico, lavado y aspiración, colecistostomía, drenajes en la transcavidad de los epiplones y en el hiato de Winslow. Un colecistograma directo fué normal. Evolución satisfactoria y se da egreso veintidós días después de la operación.

Caso Clínico No. 4

O.J. xx años de edad, masculino, de quien no se pudo obtener

el record clínico por fallas técnicas de archivo, pero se sabe que fué un paciente que tuvo un absceso pancreático secundario a trauma penetrante de abdomen, quien falleció después de operarlo. Por esta razón en los resultados algunas veces se analizan cuatro pacientes y otras tres.

* Este paciente tuvo un diagnóstico preoperatorio de úlcera duodenal perforada.

RESULTADOS

Grupo etario *

Grupo Etario	No. Casos	%
21 - 30	1	33%
31 - 40	0	0%
41 - 50	1	33%
51 - 60	1	33%

Distribución Sexo

Sexo	No. Casos	%
Masculino	2	50%
Femenino	2	50%

Síntomas y Signos *

	No. Casos	%
Dolor	3	100%
Fiebre	1	33%
Náusea	1	33%
Vómitos	1	33%
Anorexia	0	0%
Distensión	1	33%
Masa palpable	1	33%

Diagnóstico Clínico

	No. Casos	%
Absceso pancreático	2	50%
Colecistitis aguda	1	25%
Úlcera duodenal	1	25%

Podemos apreciar que hubo error Dx en el 50% de los casos.

Laboratorio *

	No. Casos	%
Leucocitosis	3	100%
Hiperamilasemia	1	33%
Hipoproteïnemia	3	100%
Hiperglicemia	1	33%
Hiperbilirrubinemia	0	0%

Factores Predisponentes

	No. Casos	%
Enfermedad biliar	1	25%
Trauma abdominal (Herida abdominal)	1	25%
Alcoholismo	1	25%
Idiopático	1	25%

Tratamiento Quirúrgico *

Procedimiento	No. Casos	%
Drenaje transcavidad epiplones	3	100%
Drenaje Hiato de Winslow	1	33%
Colecistostomía	3	100%
Otros	2	66%

Como se puede observar en todos los casos el tratamiento fué el drenaje externo del absceso, el cual es procedimiento de elección reportado por la literatura mundial

Resultados de Tratamiento

	No. Casos	%
Recuperación total	2	50%
Mortalidad	2	50%

* Por fallas técnicas en el Archivo no se obtuvo el record-clínico de un paciente, por lo que se analizan únicamente tres casos.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Durante un período comprendido de Enero de 1970 a Septiembre de 1976, se encontraron 150 casos de pancreatitis aguda en el Hospital General San Juan de Dios, de los cuales 95 fueron de sexo femenino y 55 de sexo masculino. De esto 150 pacientes, cuatro se complicaron con abscesos pancreáticos, correspondiendo 2 a hombres y 2 a mujeres, con una proporción de 1:1, observando diferencia con otros autores de la literatura mundial que dan una proporción de 3:1 con predominio del sexo masculino (4, 17, 23)

En relación a los síntomas y signos, podemos observar, que el dolor fue el síntoma más frecuente, correspondiendo al 100% de los casos, aunque se presentaron todos los signos clásicos del absceso pancreático en nuestra serie en estudio.

El Diagnóstico clínico de absceso pancreático se hizo en el 50% de los casos; observando que hubo error diagnóstico en la impresión clínica de ingreso, en el otro 50%. A uno de los pacientes se tuvo la impresión clínica de colecistitis aguda y en el otro de una úlcera duodenal perforada.

Coadyuvaron para establecer el diagnóstico clínico los exámenes de laboratorio, y así podemos observar que 100% de los pacientes presentaron leucocitosis; así como Hipoproteíemia. La amilasa elevada sólo se observó en el 33%. Llama la atención en este análisis que los datos de laboratorio alterados son similares a los descritos en otras latitudes (1, 4, 10, 11).

Entre los factores predisponentes del absceso en mención, los responsables fueron: Enfermedad biliar 25%, herida penetrante de abdomen, alcoholismo e idipático, con 25% cada uno.

Vale la pena mencionar, que los factores predisponentes, también son similares a los observados en otros estudios (1, 3, 4, 17).

El tratamiento llevado a cabo fue el quirúrgico. Utilizando el drenaje externo en el 100% de los casos.

Llama la atención que se utilizaron otras técnicas derivativas, como fueron la colecistostomía y yeyunostomía. El resultado del tratamiento fue satisfactorio en el 50% de los casos, observando una mortalidad similar a la reportada en otras series (4, 23).

CONCLUSIONES

1. La incidencia del Absceso pancreático en el Hospital General San Juan de Dios es de 2.7%, relacionado con la pancreatitis aguda, correspondiendo a los datos obtenidos en otros estudios extranjeros.
2. La mortalidad de los casos estudiados fué de 50%.
3. El tratamiento quirúrgico, fue el procedimiento efectuado en todos los pacientes de la actual serie de casos.
4. El procedimiento quirúrgico utilizado fue el drenaje externo, con heridas adicionales.
5. Los errores diagnósticos se observaron en el 50% de los casos.
6. El signo clínico más frecuentemente observado fue dolor en epigastrio, seguido de náusea, vómitos, distensión abdominal, fiebre y anorexia.
7. Los estudios de laboratorio que más orientan al diagnóstico son exámenes de hematología, proteínas séricas, amilasa y glicemia.
8. Los signos radiológicos que se presentaron fueron: derrame pleural, elevación del hemidiafragma, íleo, ensanchamiento de la curva duodenal y despalzamiento hacia abajo del colon transverso.
9. Los factores predisponentes fueron: enfermedad biliar, trauma penetrante de abdomen y alcoholismo. No hubo diferencia en cuanto a sexo.

BIBLIOGRAFIA

1. Altemeier W.A. Pancreatic. Arch Surg. 87; 80-89, 1963.
2. Baker, R.J. Acute Surgical disease of the páncreas. Surg. Clin. N.A. Vol 52: 239-356. 1972.
3. Balsegaron, M. Surgical Management of pancreatic trauma. Am Journal of Surgery 131: 536-540. 1976.
4. Boolooki, H.: Pancreatic Abscesses and Lesser Omental Sac Collection Surg, Gynec. Obstet. 126: 1301-1308 1968.
5. Cameron J.L. et al: The treatment of Pancreatic Ascitis. Ann Surg. 170: 668, 1969.
6. Child C.G.: Drainage of Pancreatic Sysys of Abscess in the craft of surgery evited by Philip Cooper. Little and Company, Boston 1,971, 88: 1286-1289 Second edition.
7. Cozbil C.L.: Acute Pancreatitis Arch. Surg. 100: 673-676, 1970.
8. Efron G.: The natural History of pancreatitis Brit. J. Surg. 53: 702-704, 1966.
9. Elliot D.W.: Pancreatic Pseudocysts Surg. Clin. N. A. Vol: 55: 339-362, 1965.
10. Farringer J.L.: Abscesses of the Pancreas Surgery 60: 964-970, 1966.

11. Felson, B.: Abscesses of the Pancreas J.A.M.A. 163:637-641, 1957.
12. Gaisport W.D.: Endoscopic Cannulation of the Ampolla of Vater Arch. Surg. 108: 519-525, Abril, 1974.
13. Giuliano, A.: Abscesos sub-frénicos en Clínica y terapéutica quirúrgica, editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1971, Segunda edición, pp: 327-341.
14. Grana W., Wise L.: Role of emergency Laparotomy in acute pancreatitis American Surgeon 42: 128-134, 1976.
15. Hubbard T.B. et al: The retroperitoneal extension of necrotizing pancreatitis. Surg. Gynec. Obstet. 134: 927-930, 1972.
16. Jensen F. y Pedusin J.F.: The value of ultrasonic scomming in the diagnosys of intraabdominal abscesses and Hematomas. S.G.O. 139: 326-328, 1974.
17. Miller T.A. et al: Pancreatic abscess Arch. Surg. 108: 545-551, Abril, 1974.
18. Morales Bravatti, Franklin: "Pseudoquistes del Páncreas" (Casos reportados en el Hospital General San Juan de Dios. Revisión de 1,963 a 1,972). Pág. 31-51. Tesis. 1,973.
19. Northrup W.F., Simmons R.L.: Pancreatic trauma: A review. Surgery 71: 27-43, 1976.
20. Penn I. et al: Acute pancreatitis and Hyperamilasemia in

- renal Homograff recipients arch. Surg. 172: 105-167, 1972.
21. Polk H.C. et al: Surgical significance of differenciation between acute and chronic pancreatic collection - Ann. Surg. 169: 444-, 1969.
22. Salvo A.F. y Nematology H: Distant dissection of pancreatic pseudocist into the right groing Amer. J. Surg. 126: 430-432, 1963.
23. Steedman R. A. Surgical Aspects of pancreatic abscess. - S.G.O. 125: 757-762, 1967.
24. Stuber J.L. et al: Sonographic diagnosis of pancreatic lesions. Amer. J. of Roentgenology 116: 406-412, - 1972.
25. Vajener A. y Nicoloff D: Pseudocysts of the pancreas: value of urine and serum amylase levels. Surgery 66: 842-845, 1969.
26. Waslow A.L et al: Intraesplenic dissection by pancreatic Pseudocysts. New England J. Med 287: 72-75, 1972
27. Warshaw A.L.: Pancreatic Abscesses. New Engl. J. - Med. 287: 1234-1236, 1972.
28. Warshaw A.L.: Inflammatory masses following acute Pancreatitis. Surg Clin of N.A, Vol 54: 621-636, 1974.

Br. Juan Diego Mazariegos Rodríguez

Dr. Manuel Cáceres
Asesor

Dr. Aníbal Pozuelos
Revisor

Dr. Julio de León Méndez
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario General

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto Gómez
Decano