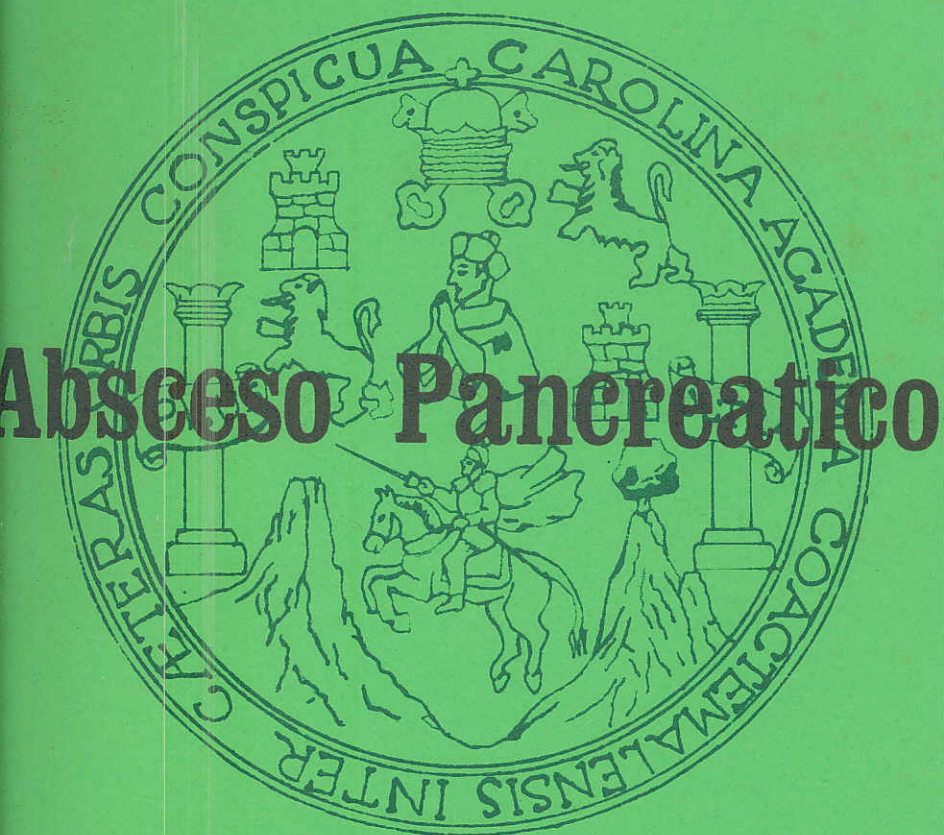




UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ABSCESO PANCREATICO

(Estudio retrospectivo de siete casos registrados
en el Hospital General San Juan de Dios
de enero de 1965 a febrero de 1978)

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

MIGUEL GUILLERMO AMILCAR SOLIS GUZMAN

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

I N D I C E

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

INTRODUCCION

La mayoría de las enfermedades agudas del páncreas, son tratadas medicamente, hasta hace poco tiempo se comenzaron a tratar operatoriamente, - la dificultad de diagnosticar los problemas abdominales agudos a un paciente que se queja de dolor abdominal debe hacerse con mucha atención y cuidado, ya que de otra manera nos conducira a - un desenlace fatal. Conocer las posibilidades - de diagnóstico diferencial y descartar cada una de ellas inteligentemente y luego aplicar el tratamiento adecuado, es lo que permite la sobrevivencia.

Los problemas quirúrgicos del páncreas son la mayoría de las veces el resultado de enfermedades agudas de el mismo, como es la pancreatitis de - diversos etiologías. Los abscesos pancreáticos se manifiestan como secuelas de pancreatitis aguda que en si ya presenta una sintomatología confusa. Conociendo la sintomatología, sus diversas complicaciones, signos clínicos y radiológicos, hacen que el reconocimiento del absceso pancreático sea temprano, lo cual beneficia enormemente al paciente.

El objeto de este Trabajo es mostrar la experiencia en el drenaje de estas operaciones en el Hospital General San Juan de Dios, y la recopilación del actual tratamiento instituido y estudios hechos en otros lugares.

OBJETIVOS

1. Establecer la incidencia de morbi-mortalidad de el absceso pancreático en el Hospital General San Juan de Dios, durante el período de tiempo comprendido de enero de 1965 a febrero de 1978.
2. Exponer los recursos para el diagnóstico temprano y las formas de tratamiento utilizadas en el Hospital General San Juan de Dios.
3. Comparación de tratamientos y resultados obtenidos en hospitales nacionales y otros lugares.

MATERIAL Y METODO

1. Se revisaron los libros de el Departamento de Medicina, Departamento de Cirugía, Sala de Operaciones y Anfiteatro Nacional, record clínico de pacientes del Hospital General San Juan de Dios durante el período de enero de 1965 a febrero de 1978.
2. El método utilizado fue un análisis retrospectivo.

ABSCESOS PANCREATICOS

DEFINICION:

El Absceso Pancreático es una conclusión de material purulento, téjido desvitalizado y necrótico, que se localiza en el páncreas y se extiende fuera de él (17). Los abscesos que se desarrollan después de una Pancreatitis Aguda Inflamatoria son raros (1). Estos abscesos no tratados quirúrgicamente aumentan la severidad de las complicaciones que son fatales y frecuentes (17). El manejo exitoso de estos pacientes tropieza con 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 se forma también como una complicación de Pancreatitis Necrótizante y Hemorrágica. El téjido necrótico, sangre y enzimas activadas en un páncreas residual viable constituyen un sitio ideal para la proliferación de bacterias y por ende formación de un absceso (2).

HISTORIA:

A pesar de la anatomía del páncreas fue primeramente descrita por Rufus de Ephesus hace 19 siglos, no fue sino hasta 1889 que Fitz reporto las primeras descripciones clínico-patológicas de la Pancreatitis Aguda a la historia natural de las Pancreatitis complicadas por abscesos (23,31). La primera descripción fue hecha por

Breguer en 1907 quien al mismo tiempo describió una técnica de drenaje quirúrgico para el tratamiento del mismo (23,30). Alexander y Bittard en 1919 enfatizaron la importancia del diagnóstico radiográfico de Absceso Pancreático mediante la observación de un nivel hidro-aéreo (1,23).

El primer tratamiento exitoso fue reportado por Davis en 1917 (1). Beller y Nach reportaron un caso en 1942 y revisaron cinco casos reportados previamente. Once años más tarde Wellborn reportó tres casos más (1). En 1957 Felson presentó seis casos adicionales demostrando abscesos del páncreas que contenían gas (10). Bertie y Edmenson en 1962 revisaron las fistulas pancreáticas-colónicas y agregaron cuatro pacientes. En 1963 Altameier y Alexander presentaron una serie de casos con el 100% de mortalidad en pacientes no tratados. En los pacientes operados la mortalidad fue de 63%. La serie más numerosa hasta la fecha fue presentada por Miller (17,31) en 1974 y comprendió un total de 63 pacientes. Camer y colaboradores en 1965 mostraron mejoría en un 18%, en los pacientes no operados la mortalidad fue de 100%, el último estudio realizado por Owens y Hamit en 1977, demostró la elevada mortalidad del Absceso Pancreático aún después de haber sido drenado.

MORTALIDAD:

La mayoría de los autores coinciden de que la mortalidad depende del tipo de tratamiento, comprobándose que sin tratamiento hubo una mortalidad

del 100% (1,17,30). Por otra parte se establecio que la mortalidad de 40 a 47% después del tratamiento quirúrgico (4,17,23,31), variando esto de acuerdo al tipo de intervención y causa del absceso. Sin embargo Altameier (1) reporto que a los que se les hizo diagnóstico temprano y correcto - la mortalidad fue de 14%.

FRECUENCIA:

Miller (17) encontro en tres hospitales 63 casos - de Abscesos Pancreáticos en un período de tiempo - de 1936 a 1972, de los casos reportados 61 tuvieron Pancreatitis previa. Steedman (23) reporto - 13 casos durante un período de tiempo de 1954-1966 y la incidencia del Absceso Pancreático después de Pancreatitis Aguda fue de 1.5%. Bolooky (14) reviso de 1954 a 1957 y encontro 2,000 pacientes con - diagnóstico de Pancreatitis, de los cuales 64 o - sea un 4% fueron vistos por Abscesos Pancreáticos, Colección en la Transcavidad de los Epiplones o ambos. Altameier (1) de 1936 a 1942 encontro que el 4% de todos los pacientes estudiados con Pancreátitis correspondían a Abscesos Pancreáticos.

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).

SEXO

En los estudios hechos se comprobo que el sexo masculino predomino sobre el femenino 3:1. Ya que - los pacientes tenían antecedentes de alcoholismo. Sin embargo, el sexo femenino fue mayor en el grupo de pacientes con antecedentes de enfermedad biliar (4,17,23,31).

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
- d. Tracto Biliar unicamente
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 pancreátii

tis 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 transfere adyacente. La última hipótesis que entre de los abscesos crecen múltiples organismos con una fuente predominante de coliformes y otras especies entericas además de estafilococos y estreptococos y que organismos similares pueden frecuentemente ser recuperados por paracentesis durante Pancreatitis Aguda.

El páncreas está localizado en el retroperitoneo justamente posterior al saco epiploico menor. Durante la Pancreatitis la transcavidad de los epiploones pueden 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. Más frecuentemente el proceso queda confinado al retroperitoneo. Áreas de necrosis pancreáticas café negruzco viene a ser el foco de 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 transversos, mesocolon sigmoide, mesenterio del intestino delgado, músculos psoas y escroto (27).

CUADRO CLINICO

Los signos y síntomas asociados con la formación de un absceso pancreático 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 Medico 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 más exquisito sobre el área de la pared abdominal anterior que - cubre el 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 pacientes (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 Absceso Pancreático.

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 epigástrico en el 85% 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 los labios mayores (20). Durante el acto - operatorio y la autopsia se pudo comprobar que so-

lamente 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 - region del absceso y una fiebre sin explicación. La persistencia de fiebre, ileo, deterioro de una a cuatro semanas después de un período de mejoría de pancreatitis, elevada la posibilidad del absceso.

Otros cuadros significantes incluyen: Shock, 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.%. Está fue 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 ictéricos 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 pancreatico (2).

AMILASA

La hiperamilasemia puede suceder en algunos pa-
cientes, sin embargo la mayoría de las veces es -
normal (4,10,11,17,23). El valor normal varía de
60 a 180 unidades Somogy . El valor de amilasa u-
rinaria es de 300 U Somogy por hora. Los valores
persistentemente altos de amilasa sérica o urina-
ria después de pancreatitis aguda, es dada por la
formación de un absceso o un pseudoquiste. Dre-
nando cada uno de éstos los valores vuelven a lo
normal. Puede suceder también que se formen abs-
cesos y que tenga valores normales de amilasa (25).

ORINA

El estudio microscópico de la orina es frecuente -
encontrar hematuria, piuria. Esto es especialmen-
te frecuente cuando el absceso se encuentra muy
cercano al riñón o ureter. (2) La albuminuria per-
sistente 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.

ESTUDIOS RADIOGRAFICOS

Los estudios radiográficos muestran cambios que -
pueden ser útiles para el diagnóstico en la mayo-
ría 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 sig-
no patognomónico (1,17). En la proyección lateral
el gas se puede ver por detrás del cuerpo del esto-
mágo, puede verse desplazamiento gástrico, duode-
nal, 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 - hemidiafragma, 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 posterior 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 ligamiento 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).

FISTULOGRAFIA

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, de - buenos resultados cuando los otros métodos radiológicos fracasan. Consiste 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 puede encontrar: E. Coli, Klebsiella, Proteus, Enterococo, Estafilococo Aureus, Pseudomona Aeruginosa y enterobacter Aerógenes.

TRATAMIENTO

No cabe duda que 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 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 o 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
 - Subhepático
 - Transcavidad de los epiplones
 - Suprarrenal
- b. Diabetes

- c. Abscesos recurrentes
- d. Septicemia
- e. Perforación a la cavidad peritoneal
- f. Erosión arterial
- g. Ulceras gástricas o duodenales
- h. Persistencia de fístula pancreática
- i. Fístula pancreato plural
- 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, consulto el 10/12/1976, por cólico abdominal y fiebre. Ningun antecedente de importancia. S/V de ingreso: F.C.: 100X', F.R.: 28X', 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 continua. Hubo leucocitosis, anemia de 8 - grs %, las transaminasas, bilirrubinas, fosfatasa alcalina y amilasa fueron normales. El 17 del mismo mes se lleva a cabo 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, consulto por dolor y vómitos el 1/4/1976. Antecedentes: alcoholismo crónico. Leucocitosis, hipoproteinemia, amilasa y bilirrubinas fueron normales. El 2/4/76 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 drenajes 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 Medico 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: 84X', 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 yuvenil desplazado hacia abajo. Hubo además hipalbuminemia. El 2/4/1976 se le efectuó laparatomía encontrándose un absceso pancreático que estaba unido al estómago, mesocolon y vesícula biliar, que estaba libre de cálculos. Se efec

tuó 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

J.E.L.A. Registro Médico 16,277/77, 45 años, masculino, consultó el 2/2/1977, por dolor abdominal súbito de cinco horas de evolución, sensación de aire en el estómago y dolor en hombro derecho que se localizó en el abdomen y se acompañó de náuseas y vómitos, no se asoció a comidas copiosas, refirió además disuria y orinaba de color café coca-cola. Antecedentes sin importancia. S/V de ingreso: T. O.: 37°C, R: 24X', F.C.: 100X', P/A: 110/70. - Abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda, rebote negativo, puño percusión positiva en ambas fosas renales. Orina turbia color café coca-cola, se ingreso con I.C. pancreatitis aguda, infección urinaria.

Su tratamiento fue anticolinérgicos, analgésicos, soluciones I.V. y succión continua. Hubo leucocitosis e hiperglicemia, el paciente no mejora se le hace serie gastroduodenal muestra arco duodenal abierto y estómago desplazado hacia adelante, imagen esférica en curvatura menor con nivel hidro-aéreo compatible con pseudoquistes o absceso pancreático. El 5/2/1977 se le efectuó laparotomía encontrándose absceso pancreático, se le efectuó yeyunostomía tipo Witzel, se le colocó drenaje debridamiento del

tejido necrótico, se colocó sonda de Chafin en la transcavidad de los epiplones, y se dejó tratamiento con gentamicina. El paciente en post-operatorio evolucionó satisfactoriamente y se le dio egreso 14 días después de la operación.

Caso Clínico No. 5

M.P.G., Registro Médico 23,978/1964, 52 años, masculino, consultó por dolor en epigastrio que se irradiaba a columna vertebral de dos días de evolución. S/V de ingreso: P: 80X', P.A: 90/60, Peso: 84 Lib., T.O.: 37°C. Dolor a la palpación profunda que se irradiaba a epigastrio y la espalda "masa dura consistencia de roca de 20 cms. de diámetro", se ingreso con impresión clínica de C.A. gástrico. Su tratamiento de ingreso analgésicos I.M. Pruebas de Laboratorio normales. El 27/6/77, se le efectúa una laparotomía exploradora - por persistir sistomatología, los hallazgos fueron riñón supernumerario; absceso en la cabeza del páncreas, masa al nivel de la cabeza del páncreas, ganglios parapancreáticos aumentados, se efectúa gastroenteroanastomosis; drenaje del absceso y se deja penrose, el paciente sale bien de Sala de Operaciones y se le da egreso quince días después.

Caso Clínico No. 6

F.E.G.R. Registro Médico 13404/1976, 58 años, femenino, consultó por vómitos post-prandiales y ptialismo. S/V de ingreso: P: 106X'; R: 18X',

P/A: 120/100; T.O.: 38°C, presento dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, Murphy positivo, - presento hipoglicemia. S.G.D.: estrechez a nivel de antropilórico, se ingreso con I.C. de C.A. gástrico, el 17/11/1976, se le efectuó laparotomía exploradora. Hallazgos: 1. Masa inflamatoria a nivel de la región pancreatoduodenal que al disecar evidencio ulcera gigante duodenal posterior perforada al retroperitoneo con absceso pancreático. 2. Colelitiasis: Se le efectuó drenaje del absceso pancreático con colocación de drenaje y Penrose, además gastroyeyunostomía antecólica y colecistectomía. Paciente sale bien de Sala de Operaciones y se le da egreso veinte días después.

Caso Clínico No. 7

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 siete pacientes y otras seis.

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

RESULTADOS

Grupo etario *

Grupo etario	No. Casos	%
21 - 30	1	16.6%
31 - 40	0	0.0%
41 - 50	2	33.3%
51 - 60	3	50.0%

Distribución Sexo

S e x o	No. Casos	%
Masculino	4	57.2%
Femenino	3	42.8%

Síntomas y Signos *

	No. Casos	%
Dolor	6	100.0%
Fiebre	2	33.3%
Náusea	3	50.0%
Vómitos	3	50.0%

	No. Casos	%
Anorexia	2	33.3%
Distensión	1	16.6%
Masa Palpable	2	33.3%

Diagnóstico Clínico

	No. Casos	%
Absceso pancreático	3	42.9%
Colecistitis aguda	1	14.2%
Úlcera Duodenal	1	14.2%
CA Gástrico	2	28.4%

Laboratorio *

	No. Casos	%
Leucocitosis	4	56.6%
Hiperamilasemia	1	16.6%
Hipoproteinemia	3	50.0%
Hiperglicemia	3	50.0%
Hiperbilirrubinemia	0	0.0%

Factores Predisponentes

	No. Casos	%
Idiopático	1	14.2%
Alcoholismo	1	14.2%
Enf. Biliar	2	28.5%
Trauma abdominal	1	14.2%
Úlcera Duodenal Perforada	1	14.2%
Obst. Gástrica	2	28.5%

Tratamiento Quirúrgico *

Procedimiento	No. Casos	%
Drenaje Transcavidad Epiplones	6	100.0%
Drenaje Hiato de Winslow	1	16.6%
Colecistostomía	3	50.0%
Yeyunostomía	1	16.6%
Gastroenteroanastomosis	1	16.6%

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

Resultados de Tratamiento

	No. Casos	%
Recuperación		
Total	5	71.5%
Mortalidad	2	28.5%

* Por fallas técnicas en el Archivo no se obtuvo el record de un paciente, por lo que se analiza unicamente 6 casos.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Durante un período comprendido de enero de 1965 a febrero de 1978 se encontraron 180 casos de pancreatitis aguda, de los cuales 105 fueron del sexo masculino y 75 del sexo femenino, de estos pacientes 7 llegaron a complicarse con absceso pancreático, correspondiendo 5 de estos al sexo masculino y 2 al femenino, con una proporción de 5:2 observando diferencia con otros autores de la literatura mundial los cuales dan una proporción de 3:1, con predominio del sexo masculino (4,17,23, 29,30,31).

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

El diagnóstico clínico de absceso pancreático se hizo en el 43% de los casos; observando que hubo error de diagnóstico en la impresión clínica de ingreso, en el otro 57%, en uno de los pacientes se tuvo la impresión clínica de colecistitis aguda y el otro de una úlcera duodenal perforada, coadyuvaban en la realización del diagnóstico clínico los exámenes de laboratorio, el 100% de los pacientes presentaron leucocitosis; así como hipoproteinemia, en el 16.6% se observo amilasa elevada en un 10%, hiperglicemia en un 50%. Llama la atención en este análisis que los datos de laboratorio alterados son similares a los descritos en otras latitudes (4,10,30,31).

Entre los factores predisponentes del absceso en -
mención se encontró que el 28% de esta serie fue -
idiopático, 14.2% a causa de alcoholismo, 28.5% en
fermedad biliar y 14.2% por trauma abdominal. Los
factores predisponentes también son similares en -
los observados en otros estudios (1,3,4,17).

El tratamiento efectuado fue quirúrgico, utilizan
do el drenaje externo de los abscesos en el 100%
de los casos.

Cabe mencionar la utilización de otras técnicas, -
colecistostomía y yeyunostomía, el resultado del -
tratamiento fue satisfactorio en el 71.5%, obser-
vándose además una mortalidad más baja a la repor-
tada en otras latitudes (4,23,30).

CONCLUSIONES

1. La incidencia del absceso pancreático en el Hospital General San Juan de Dios es de 2.2%, relacionado con la pancreatitis aguda, correspondiendo con los datos obtenidos en otros estudios extranjeros.
2. La mortalidad de los casos estudiados fue de 28.5%.
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 57% 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.

nal y desplazamiento hacia abajo del colon -
transverso, desplazamiento del estómago por -
imagen esférica en curvatura menor con nivel -
hidro-aéreo.

9. Los factores predisponentes fueron: enfermedad biliar, trauma penetrante de abdomen y alcoholismo. Hubo diferencia en cuanto a sexo - cinco masculino y dos femenino.

BIBLIOGRAFIA

1. Altemeier W.A. Pancreatic. Arch Surg. 87;80-89, 1963.
2. Baker, R.J. Acute Surgical disease of the pancreas. 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. Boolooky, 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 Systems of Abscess in the craft of surgery evited by Philip Cooper. Little and Company, Boston, 1971, 88: 1286-1289 Second Edition.
7. Cozbil C.L.: Acute Pancreatic 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, April 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 ultrasonics coming in the diagnosis 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, April, 1974.
18. Morales Bravatti, Franklin: "Pseudoquistes del Páncreas" (Casos reportados en el Hospital General San Juan de Dios. Revisión de 1963 a 1972). Pág. 31-51. Tesis 1973.

19. Northrup W.F., Simmons R.L.: Pancreatic trauma: A review. Surgery 71: 27-43, 1976.
20. Penn I. et al: Acute pancreatitis and Hyperamylasemia in renal Homograft recipients - arch. Surg. 172: 105-167, 1972.
21. Polk H.C. et al: Surgical significance of differentiation between acute and chronic pancreatic collection Ann. Surg. 169: 444-, 1969.
22. Salvo A.F. y Nematology H: Distant dissection of pancreatic pseudocyst into the right groin 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. Vajner 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 England 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.
29. Dr. Juan D. Mazariegos. Abscesos Pancreáticos. Tesis 1976.
30. Bernard J. Owens, Harold Hamit: Pancreatic - Abscess and Pseudocyst. Arch Surg. Vol 112: 42-45, January 1977.
31. James L. Holden, Berne Rosoff. Pancreatic - Abscess following Acute Pancreatitis. Arch. Surg. 858861, August 1976.

Br. Miguel Guillermo Solis Guzmán

Dr. Juan Diego Mazariegos
Asesor

Dr. Fernando Solares
Revisor

Dr. Julio de León Méndez
Director de Fase III

Dr. Raúl Castillo
Secretario Gral.

Vo. Bo.

Dr. Rolando Castillo Montalvo
Decano