

PANCREATITIS AGUDA

(ANALISIS DE 25 CASOS DE PANCREATITIS AGUDA. HOSPITAL DE LA ANEXION, NICOYA, C.C.S.S. 1980-1982)

*Sergio A. Herra Sánchez.**

INTRODUCCION:

La secreción enzimática pancreática es la respuesta a diversos estímulos hormonales y neurales. Cuando estas enzimas son activadas en el interior del páncreas o disminuyen los inhibidores enzimáticos, o llega material tóxico a la glándula, esta se puede inflamar. Igualmente puede ocurrir destrucción pancreática ante la presencia de compromiso vascular, especialmente en la microcirculación (2).

OBJETIVO:

Revisión de los casos de Pancreatitis Aguda egresados del Hospital de la Anexión de Nicoya, en el período comprendido entre enero de 1980 y mayo de 1982. -Analizar su presentación por grupo etario, sexo y etiología. -Determinar cuadro clínico, de laboratorio y gabinete. -Indicaciones sobre manejo. -Analizar las complicaciones, mortalidad y estancia promedio. -Presentar la estadística encontrada en el V Congreso de Ciencias Médicas de la Provincia de Guanacaste en 1983.

MATERIAL Y METODOS:

Se revisa todos los expedientes clínicos de 25 casos egresados de los Servicios de Medicina Interna y Cirugía General del Hospital de La Anexión, del 1 de enero de 1980 al 31 de mayo de 1982, con el diagnóstico de pancreatitis aguda, a fin de analizar su presentación y características clínicas en nuestro medio, para ello se consulta en la oficina de Estadística de dicho Hospital.

RESULTADOS:

De los 25 casos encontrados, 13 (52^o/o) corresponden al sexo femenino y la (48^o/o) al sexo masculino. La edad de presentación varía entre los 15 y 77 años, con un pico de máxima incidencia entre la tercera y la quinta décadas de la vida, en donde se encuentra el 64^o/o de los casos. La edad promedio de los hombres lo fue de 41.25 años (rango entre 23 y 77 años) y de 37.8 años para las mujeres (rango entre 15 y 69 años). La edad promedio total fue de 39.3 años (TABLA No. 1).

Todos los casos fueron catalogados clínicamente como pancreatitis edematosa. La causa más importante lo fue el alcoholismo, con un 44^o/o de los casos, dentro del grupo masculino significó el 83.3^o/o del total, el grado de alcoholismo se cita en forma subjetiva, de acuerdo al entrevistador. La enfermedad biliar se relacionó con el 28^o/o de los casos, situándose el 46^o/o de

* Médico en Servicio Social, Hospital La Anexión, 1982. Actualmente Médico Asistente General, Hospital San Francisco de Asís, Grecia.

** Trabajo presentado en el V Congreso de Ciencias Médicas, realizado en la Provincia de Guanacaste, Nicoya, Julio 1983.

las mujeres. De las causas posquirúrgicas, éstas varían de 1 a 12 meses y son secundarias a legrado uterino, cesárea y colecistectomía. El caso posparto se presentó a los 3 y medio meses. (TABLA No. 2).

TABLA No. 1

Distribución por sexo y grupo etario en 25 casos de Pancreatitis aguda.

Grupo etario	Mujeres	Hombres	Total	Porcentaje
11-20 años	2	—	2	8%
21-30 años	3	5	8	32%
31-40 años	3	2	5	20%
41-50 años	1	2	3	12%
51-60 años	3	—	3	12%
61-70 años	1	2	3	12%
Más de 70 años	—	1	1	4%
TOTAL	13 (52%)	12 (48%)	25	100%

TABLA II

Etiología por sexo de 25 casos de pancreatitis aguda

Causa	Masculino	Femenino	Total	Porcentaje
Alcoholismo ocasional	4	1	5	20%
leve	2	—	2	8%
moderado	2	—	2	8%
severo	2	—	2	8%
Enfermedad biliar	1	6	7	28%
Posquirúrgica	—	3	3	12%
Posparto	—	1	1	4%
No determinada	1	2	3	12%

El dolor abdominal estuvo presente en la totalidad de los casos, las características que lo acompañan se anotan en la TABLA No. 3, otros hallazgos clínicos se encuentran en la TABLA No. 4).

TABLA III

Características del dolor abdominal en 25 casos de pancreatitis aguda

Características del dolor abdominal	No. de casos	Porcentaje
Dolor abdominal presente	25	100%
Localización		
Epigástrico	16	64%
Hipocondrio derecho	6	24%
Hipocondrio izquierdo	2	8%
No mencionado	1	4%
Tipo		
Constante	7	28%
Cólico	6	24%
Ardoroso	4	16%
Punzante	3	12%
Variable	5	20%
Irradiación		
en barra	8	32%
difuso	5	20%
Precordial	1	4%
No se anota o no se irradia	11	44%

TABLA IV

Otros datos clínicos encontrados en la Pancreatitis Aguda

Características	No. de Casos	Porcentaje
Hipersensibilidad abdominal	25	100%
Náuseas	15	60%
Vómitos	14	56%
Disminución de ruidos intestinales	10	40%
Hipotensión arterial (menor 110/70)	10	40%
Taquicardia (Mayor de 100)	8	32%
Exacerbación del dolor postingesta de grasa, alcohol o comida copiosa	8	24%
Rigidez muscular abdominal	6	24%
Diarrea	3	12%
Fiebre (mayor de 38°C)	3	12%
Derrame Basal Pulmonar izquierdo	2	8%
Ruidos intestinales aumentados	1	4%
Lipotimia	1	4%
Ictericia manifiesta	1	4%
Estreñimiento	1	4%

Los hallazgos de laboratorio son los que muchos casos, confirman o hacen el diagnóstico de la pancreatitis aguda, y es por el aumento de la amilasa en sangre u orina que se determina la inflamación pancreática, otros métodos como la determinación de lipasa, la cuantificación de a-

amilasa en líquido ascítico o pleural y la determinación de izoenzimas pancreáticas no se realizan en nuestro Hospital, a excepción de la determinación en líquidos corporales de la amilasa, que no fue solicitada en ningún caso. La amilasemia se eleva en las primeras 48 horas a valores mayores de 160 U., la amilasuria de 2 horas a 300 U. y de 24 horas de 900 a 6000 U. (1), se menciona (1-8-10-13-14-19) el aumento del aclaramiento

amilasa/creatinina como método fidedigno de diagnóstico, en cifras mayores de 1.84 — 0.8°/o en hombres y 1.52— 0.6°/o en mujeres, aunque últimamente se citan (19) otros valores de 0.24 a 3.44°/o en hombres y de 0.14 a 2.9°/o en mujeres como normales. Las cifras de estos y otros exámenes de laboratorio se expresan en la TABLA No. 5.

TABLA V

Hallazgos de laboratorio en la Pancreatitis Aguda

Análisis	Rangos	Número	Porcentaje
Amilasemia	Menor de 160 U/DL	3	12°/o
	160-500 U/dl	10	40°/o
	Mayor 500 U/dl	12	48°/o
Amilasuria 2 horas	Menor 200 U/hr.	1	4°/o
	200-500 U/hr.	6	24°/o
	Mayor 500 U/hr.	18	72°/o
Aclaramiento amilasa/ creatinina	Menor 1.86°/o (hombres)	—	—
	Mayor 1.86°/o (hombres)	1	10°/o
	Menor 1.52°/o (mujeres)	1	10°/o
	Mayor 1.52°/o (mujeres)	8	80°/o
Hemoglobina	Menor 12 Grs/100 ml	4	20°/o
	12-15 Grs/100 ml.	10	50°/o
	Mayor de 15 Grs/100 ml	6	30°/o
Leucograma	5 000—12000/mm ³	14	56°/o
	Mayor 12 000 /mm ³	11	44°/o
Glicemia	Menor 120 mgs/o/o	1	14°/o
	Mayor 120 mgs/o/o	6	86°/o
Bilirrubina total	Mayor de 1 Mg/100 MI	8	58°/o
	Menor de 1 Mg/100 MI	6	42°/o
TSGO	Mayor de 40 U/ml.	8	58°/o
	Menor de 40 U/ml.	6	42°/o
TSGP	Mayor de 30 U/ml.	8	62°/o
	Menor de 30 U/ml.	5	38°/o
Fosfatasa alcalina	Menor de 13 U.	3	50°/o
	Mayor de 13 U.	3	50°/o

Los hallazgos radiológicos de la placa simple de abdomen en nuestros pacientes son descritos en 12 casos (48°/o), reportados por radiólogos del Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas como normal en 8 casos (32°/o), distensión de asas intestinales en 2 casos, niveles hidroaéreos en un caso y distensión de vesícula biliar en un caso. Además en 5 pacientes se reportó colecistografía oral, normal en 3 casos y con vesícula excluida en 2. Una colangiografía intravenosa practicada fue reportada como normal. Respecto

a los hallazgos electrocardiográficos en 3 casos se describen inversión del segmento ST y de la onda T, en otro paciente se encontró bigeminismo y en otro una onda T prominente.

Respecto al tratamiento de nuestros pacientes, en todos se usó la Sonda Nasogástrica, los analgésicos y lógicamente los fluidos parenterales, cuya cantidad varió de 4 a 20 litros por paciente, con un promedio de 8.8 litros por paciente, otras medidas terapéuticas se anotan en la TABLA No. 6.

TABLA VI

Medidas terapéuticas en Pancreatitis aguda

Medidas terapéuticas	No. de casos	Porcentaje
Analgésicos	25	100o/o
Líquidos parenterales	25 (de 4 a 20 lts)	100o/o
promedio	8.8 lts/paciente	
Sonda Nasogástrica	25	100o/o
Antiácidos	7	28o/o
Anticolinérgicos	2	8o/o
Antibióticos Ampicilina	5	24o/o
Cloranfenicol	6	24o/o
Cimetidina	5	20o/o
Glucagon	2	8o/o

Cinco de los veinte pacientes (20o/o) presentaron alguna complicación, en cuatro de ellos fueron cuadros similares de pancreatitis, 2 al mes otro a los 2 meses y 1 al año. Otro paciente desarrolló pancreatitis crónica. La edad de las complicaciones fue entre 24 y 61 años, con un promedio de 35 años. Cuatro de estos pacientes son hombres. Únicamente una paciente fue trasladada al Hospital México, por presentar cuadros recidivantes al mes y a los 2 meses, en dicho centro se le realizó exploración quirúrgica con colecistectomía. No se presentó mortalidad en ninguno de los 25 casos. Los días de hospitalización variaron entre 3 y 14 días. En los hombres tuvo un promedio de 9 días (rango entre 5 y 14 días) y en las mujeres de 7 días (rango entre 3 y 14 días). La estancia promedio total fue de 7.96 días.

COMENTARIO:

Clásicamente se ha mencionado una mayor incidencia de pancreatitis en las mujeres, sin embargo en nuestro estudio no hay diferencias significativas de sexo, y Ranson (11) encuentra en un estudio de 300 casos un 78o/o de hombres. La edad promedio de nuestros pacientes masculinos con factor alcohólico presente es superior al citado por el Dr. Aguilar Bonilla del 64o/o (17), a la inversa, el 46o/o de casos femeninos relacionadas con enfermedad biliar es menor que el 64o/o mencionado por el mismo Dr. Aguilar B.(17). El hecho de que el 12o/o de nuestros pacientes no tengan una causa aparente es similar a los descrito por otros autores, de un 10 a 20o/o

(2-5-12). Las causas posquirúrgicas y pos parto son iguales a las mencionadas en otros estudios (3-5-6). Los hallazgos clínicos clásicamente mencionados (2-6-12-15-16-17) de dolor abdominal de predominio meso y epigástrico, irradiado en barra o cinturón, acompañado de náuseas y vómitos, con obstrucción intestinal, íleo adinámico distensión abdominal, aumento de la sensibilidad abdominal, rigidez muscular, ascitis, peritonitis franca, absceso pancreático, fiebre, hipotensión, taquicardia, ictericia, derrame pleural, nódulos eritematosos en piel, atelectasias, taquipnea y deshidratación, son encontrados en forma variable en nuestros pacientes, a excepción del absceso y el quiste pancreático, que no se encontraron en ningún caso. Como dato interesante 8o/o de nuestros casos se asociaron con derrame pleural izquierdo, cifra mayor de la citada por Rawson (12) del 4o/o. Desgraciadamente los hallazgos de laboratorio no fueron constantes, tanto en la solicitud como en la disponibilidad de los mismos, de ahí que la interpretación de los resultados sea un poco ambigua, igual situación sucede con la radiología, debido a la ausencia de radiólogo en nuestro Hospital. La diferencia de criterio observada en el manejo de algunos pacientes, así como en el estudio de los mismos, demuestran la importancia de establecer normas acerca del manejo de estos pacientes en nuestro hospital.

SUMMARY:

Twenty five cases of acute pancreatitis are presented, which were dismissed from the Internal Medicine and General Surgery services of La Anexión Hospital in Nicoya, having been interned during the period from January 1980 to May 1982. The incidence found in the studied cases was 52o/o in females and 48o/o in males, the average age was 39.3 years with a maximum peak between the third and fifth decade. The predominant etiology in males was alcoholism in 83.3o/o of all cases, and biliar sickness in females in 46o/o of the cases. The abdominal pain was present in all cases with 64o/o of epigastric localization, wich was persistent in 48o/o, with a belt irradiation of 32o/o, also the abdominal hypersensitivity was present in all cases. Other clinical data are mentioned. The confirmatory diagnosis was made with the level increase amylase in serum, in urine and the amylasa/creatinine clearance; other laboratory, X rays and Electrocardiogram findings are mentioned. 100o/o

of the cases were treated with analgesic and nasogastric tubes, also anticholinergic drugs, antacids, cimetidin, antibiotics and glucagon were used. 20% of the cases presented complications. None of the cases presented mortality. The average time in the hospital was 7.96 days for each patient.

AGRADECIMIENTO: a las señoras Magda Acuña y Virginia Cárdenas del Archivo del Hospital de la Anexión, así como a la Dra. Liliana Sandoval C. del laboratorio clínico del mismo centro hospitalario.

RESUMEN:

Se presenta el análisis de 25 casos de pancreatitis aguda egresados de los Servicios de Medicina Interna y Cirugía General del Hospital de la Anexión de Nicoya entre el 1 de enero de 1980 y el 31 de mayo de 1982. De los casos estudiados se encuentra una frecuencia similar en ambos sexos, con un pico máximo entre la tercera y la quinta décadas de la vida. La etiología predominante lo fue el alcoholismo en hombres y la enfermedad biliar en las mujeres. El dolor abdominal estuvo presente en todos los casos, al igual que la hipersensibilidad de dicha zona, asimismo se analiza los otros datos clínicos encontrados. El diagnóstico se confirmó con la elevación de los niveles de amilasmia, amilauria de 2 horas y aclaramiento de amilasa/creatinina, también se analiza otros datos de laboratorio y gabinete. Todos los casos fueron tratados con Sonda Nasogástrica y analgésicos, así como otras medidas no constantes. El 20% de los pacientes presentaron alguna complicación. No hubo mortalidad en ninguno de los casos. La estancia promedio fue de 7.96 días/paciente.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Aguilar Bonilla, Manuel: Clases de los estudiantes de V año de Medicina. Hospital México, 1980, Costa Rica.
- 2.- Arvanitakis, Cooke & Greenberg: Laboratory aids in the diagnosis of pancreatitis. Medical Clinics of North America. January 1978, Vol. 62. No. 1 P. 107-128.
- 3.- Banks, Peter A.: Acute Pancreatitis. Progress in Gastroenterology. Vol. 61, No. 3, Sept. 1971, P. 382-397.
- 4.- Berk, Smith & Aknew: Pregnancy Pancreatitis. American Journal of Gastroenterology 1971, Vol. 56 p. 216.
- 5.- Bretholz, Frey & Linder: Pseudoquiste y quiste por retención en la pancreatitis aguda y crónica. Medicina Alemana, Diciembre 1979, Vol. XX No. 12 P. 2259-2276.
- 6.- De Voro, Gregory: Acute Abdominal pain in the pregnant patient due to pancreatitis, acute appendicitis, cholecystitis or peptic ulcer disease. Symposium in High Risk Pregnancy. Clinics in Perinatology, September 1980, Vol. 7 No. 2, P. 349-353.
- 7.- Geokan, M.C. et al: Acute Pancreatitis. Annals of Internal Medicine, 1972, Vol. 76, P. 105.
- 8.- Gliedman & Tellis: Pancreatitis. Surgical Care, Chapter 5. P. 56-63 (fotocopia)
- 9.- Isselbacher, Adams et al: Harrison's Principles of Internal Medicine. Ninth Edition, 1980, Mc Graw Hill Book Co. P. 1503-1507
- 10.- Kelly, Thomas: Gallstone Pancreatitis: Pathophysiology. Surgery. October 1976, Vol 80 No. 4, P. 488-492.
- 11.- Levitt, M. D. et al: Is the Cam/C cr ratio of value for the diagnosis of pancreatitis? Gastroenterology, 1978, Vol. 75 No. 118.
- 12.- Manual de Procedimientos químico Clínicos. C.C.S.S. Asesoría de Laboratorio clínico. 1981.
- 13.- Normas de los Servicios de Cirugía General 1 y 2. Pancreatitis aguda, tratamiento quirúrgico. Hospital México. C.C.S.S.
- 14.- Pérez de Oteya y Rebollar Mesa: Tratamiento de la pancreatitis aguda. Rev. Clínica Española, 1981, Tomo 162 No. 1-2. P. 71-75.
- 15.- Ramírez y Solano: Valores normales del aclaramiento de amilasa/creatinina y su importancia en pancreatitis aguda. Rev. Costarricense de Ciencias Médicas. Junio 1980.

Vol. 1 No. 1. P. 57-60.

- 16.- Ranson, Rikfind & Turner: Prognostics signs and nonoperative peritoneal lavage in acute pancreatitis. Surgery, Gynecology & Obstetrics. August 1976, Vol. 143, P. 209-219.
- 17.- Rawson, John: Role or early surgical treatment in acute pancreatitis. Annals of Surge-

ry. January 1967, P. 5-81.

- 18.- Warshw and Fuller: Specificity of increased renal clearance of amylase in diagnosis of acute pancreatitis. New England Journal of Medicine. 1975, Vol. 292 P. 325.
- 19.- Wein: The hypocalcemia of acute pancreatitis. Annals of Internal Medicine, 1975, Vo. Vol. 83. P. 185-189.
-