

Pancreatitis aguda. Epidemiología en el Hospital Central Militar

Mayor M.C. Carlos Daniel **Lever-Rosas,*** M.C. Juan José **Chávez-Rodríguez,*** Mayor M.C. Luis Fernando **Moreno-Delgado,**** Cor. M.C. Ignacio **Magaña-Sánchez.*****

Hospital Central Militar y Escuela Militar de Graduados de Sanidad. Ciudad de México

RESUMEN. *Objetivo.* Determinar las características epidemiológicas de los pacientes con pancreatitis aguda del Hospital Central Militar. *Método.* Un estudio retrospectivo del periodo comprendido de enero de 1995 hasta noviembre de 1998. *Resultados.* Se encontraron 84 casos de pancreatitis aguda, de los cuales 55 fueron mujeres y 29 hombres; la edad con media de 49 años (rango 18-86). La etiología fue 65% biliar, 6% alcohólica, 6% lipídica, 2.4% por medicamentos y 5% por otras causas (post CPRE, posquirúrgica, páncreas divisum). En 15.6% no se estableció etiología. El cuadro clínico fue dolor abdominal (98.8%), náusea (88%) y vómito (82%) y otras manifestaciones como ictericia (40%), fiebre (10.7%), diarrea (6%) y en un paciente se presentó hemorragia de tubo digestivo alto (1.2%). La hiperamilasemia fue utilizada para el diagnóstico en la mayoría de los casos (83%). En el resto de los casos, la tomografía computarizada confirmó el diagnóstico en nueve de ellos (11%) y el resto se hizo con laparotomía exploradora (6%). La gravedad del cuadro se basó en los criterios de Ranson, pancreatitis grave en 58% y leve en 42%. La mortalidad total fue del 13% y únicamente se presentó con pancreatitis grave. *Conclusión.* La mayoría de los casos son pacientes femeninos con etiología biliar. La clasificación de la gravedad del cuadro clínico no se debe de basar solamente en los criterios de Ranson.

Palabras clave: pancreatitis aguda, epidemiología, diagnóstico, criterios de Ranson.

ABSTRACT. *Objective.* Determine the epidemiologic features of acute pancreatitis at the Hospital Central Militar. *Method.* A retrospective chart study performed to January 1995 to November 1998. *Results.* We found 84 acute pancreatitis cases (55 female and 29 male). The main age 49 years (range 18-84). Among the etiology, we found biliary tract stones to be present 65% of the patients, alcoholic in 6%, lipidic in 6%, secondary to medication in 2.4% and other causes comprehending 5% of the patients. No specific cause of acute pancreatitis was determined in 15.6%. The most common symptoms were: abdominal pain 98.8%, nausea 88%, and vomiting 82%, diarrhea 6%; the clinical findings in order of frequency were jaundice 40%, fever 10.7%, and only one patient had upper intestinal bleeding 1.2%. Hyperamilasemia was used for performing the diagnosis in most of the cases (83%). The remained cases were diagnosed either by computed tomography (11%), or by celiotomy (6%). The severity was classified according to Ranson's criteria of which 58% were severe and 42% were mild. The mortality was 13% only in the severe acute pancreatitis group. *Conclusion.* Almost all patients with acute pancreatitis are female and from biliary origin. The severity stadification should not be based entirely on Ranson's criteria.

Key words: Acute pancreatitis, epidemiology, diagnostic, Ranson's criteria.

*Residente de Cirugía General del Hospital Central Militar.

**Médico Adjunto del Área de Cirugía General, Hospital Central Militar.

***Jefe del Área de Cirugía General del Hospital Central Militar.

Correspondencia:

Dr. Carlos Daniel Lever-Rosas

Rabaúl # 505, Col. Electricistas, Del. Azcapotzalco, D.F. C.P. 02060

Tel: 5561-54-01

Recibido: Mayo 24, 2001.

Aceptado: Junio 27, 2001.

Introducción

La pancreatitis aguda (PA) se define como un proceso inflamatorio del páncreas que puede involucrar tejidos peripancreáticos, órganos distantes o ambos.^{1,2,4} Su incidencia se ha incrementado de manera progresiva en países industrializados, atribuible a la mayor ingesta de alcohol, así como a los mejores recursos para diagnosticarla.⁵ Su fisiopatología aún no está bien establecida, sobre todo por las diferentes causas que desencadena el evento.²⁻⁵ La pan-

creatitis aguda es una afección que puede manifestarse desde una condición leve autolimitante hasta una enfermedad fulminante que provoca la muerte del paciente.⁶ La dificultad para predecir el curso de la enfermedad ha llevado a buscar métodos más objetivos para estadificar la gravedad del cuadro.⁶

En casos leves el manejo principalmente es de soporte y en los graves se ha utilizado hasta la necrosectomía, aunque aún existen controversias a este respecto.¹⁻⁵

Establecer e identificar la causa de la pancreatitis aguda ayuda a establecer un tratamiento más adecuado y a evitar la recurrencia. Los factores involucrados en la presentación de un cuadro de PA son diversos e inespecíficos, pero se ha detectado que la tipo biliar es más frecuente en el sexo femenino mientras que la alcohólica afecta más al sexo masculino y en pacientes pediátricos la principal etiología es trauma.⁵

Teniendo en cuenta la importancia de establecer la etiología de la pancreatitis aguda, así como su frecuencia y severidad, se realizó una revisión de los casos clínicos manejados en el Hospital Central Militar para intentar determinar la frecuencia y etiología en nuestro medio con base en la gravedad del cuadro presentado.

Material y métodos

El presente estudio es retrospectivo y observacional.

En el lapso de tiempo comprendido desde enero de 1995 hasta noviembre de 1998 ingresaron a nuestro hospital un total de 120 pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda confirmada.

Los criterios de inclusión fueron expedientes completos y que los pacientes se manejaran completamente en este hospital.

Se excluyeron los casos de pacientes que habían sido manejados extrahospitalariamente o que tuvieran el expediente incompleto.

De los 120 casos de pancreatitis aguda admitidos a nuestro hospital durante el lapso de tiempo establecido y en quienes se aplicaron los criterios de inclusión, quedaron un total de 84 casos.

La etiología de la pancreatitis aguda se determinó con base en los antecedentes proporcionados por el paciente, así como en los exámenes de laboratorio y de gabinete realizados. En todos aquellos pacientes en quienes fue imposible establecer el origen se clasificaron como de causa desconocida.

Para ordenar la gravedad del padecimiento se tomaron en cuenta los criterios de Ranson: la presencia de tres o más criterios se consideró como pancreatitis grave.

El plan de análisis incluyó la determinación estadística de variables sociodemográficas y de los valores porcentuales, efectuando un análisis cualitativo, comparando los resultados obtenidos con los informados en la literatura.

Resultados

De los 84 pacientes con pancreatitis aguda, 55 fueron mujeres y 29 hombres; el rango de edad fue desde los 18 años hasta los 86 años (media 49 años) (*Figura 1*).

La etiología de los casos mencionados fue: 65% biliar, 6% alcohólica, 6% lipídica, 2.4% por medicamentos y 5% por otras causas (Post CPRE, posquirúrgica, páncreas divisum). En 15.6% no se estableció etiología (*Figura 2*).

El diagnóstico fue hecho con base en el cuadro clínico donde predominó el dolor abdominal (98.8%), náusea (88%) y vómito (82%). Otras manifestaciones menos frecuentes fueron ictericia (40%), fiebre (10.7%), diarrea (6%) y en un paciente se presentó hemorragia de tubo digestivo alto (1.2%). Además se apoyó en los hallazgos de laboratorio, gabinete y cirugía. De los estudios de laboratorio la amilasa sérica tuvo un rango de 40 U/L hasta 10 606 U/L (media de 1 119 U/L).

Del total, seis pacientes no se les reportó el nivel de amilasa a su ingreso y el diagnóstico se realizó en tres de ellos por laparotomía exploradora por sus condiciones generales

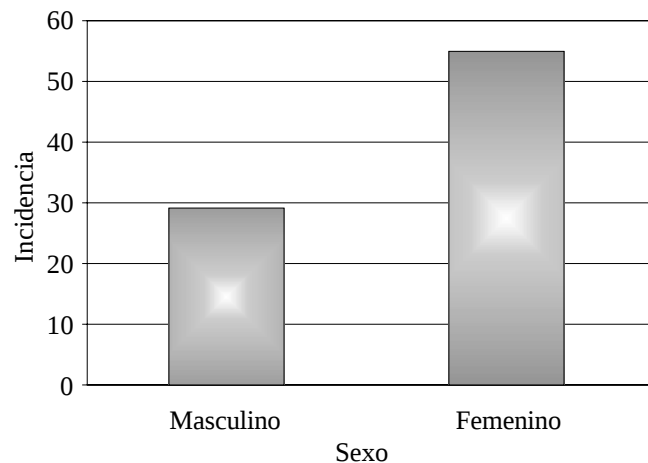


Figura 1. Grupo de casos por pancreatitis aguda por sexo.

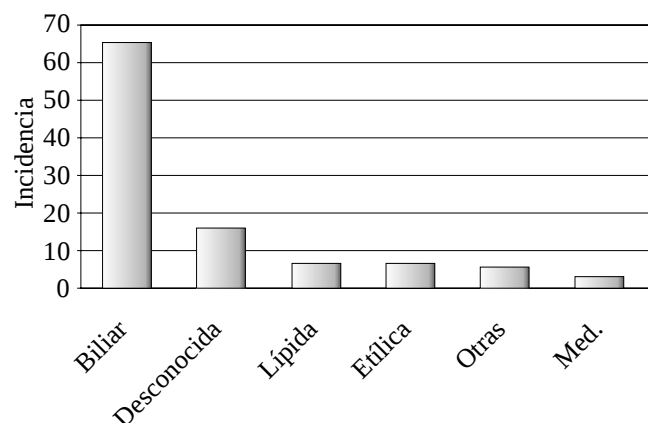


Figura 2. Etiología de pancreatitis aguda.

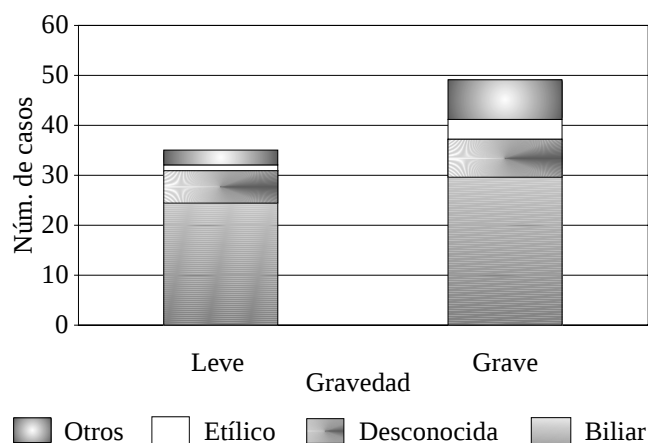


Figura 3. Grupo de pacientes por gravedad y por etiología.

graves y a los otros tres por medio de TC abdominal. De ocho más, los niveles de amilasa sérica se encontraban por debajo de 300 U/L y el diagnóstico se realizó por medio de la TC en seis de ellos, y dos más se efectuó por laparotomía, donde se confirmó el diagnóstico después de haberseles realizado TC abdominal, la cual no lo había confirmado.

Al aplicar los criterios de Ranson para clasificar la gravedad del padecimiento, se determinó como pancreatitis grave al 58% de los pacientes mientras que el restante 42% se clasificó como leve (*Figura 3*).

De los 35 pacientes con pancreatitis leve, 71% eran mujeres mientras que 29% fueron hombres; la etiología fue biliar en 71%, de causa desconocida 17% y el restante 12% incluyó la etiología etílica, lipídica, por medicamentos y otras causas en proporciones iguales. En este grupo no se presentaron complicaciones ni defunciones. El promedio de días de estancia intrahospitalaria fue de 12.

Cuarenta y nueve pacientes presentaron pancreatitis grave, siendo 61% mujeres mientras que el restante 39% eran hombres. La principal etiología de este grupo fue biliar (61%), desconocida (14%), alcohólica (8%), lipídica (8%), medicamentos (2%) y el restante 7% fue por otras causas. El total de días de estancia intrahospitalaria para la pancreatitis grave fue en promedio de 20 días, mientras que los pacientes manejados en la UTIA estuvieron en promedio siete días.

La mortalidad total fue de 13% y únicamente se presentó en el grupo de pacientes con pancreatitis grave.

Discusión

La pancreatitis aguda es un padecimiento complejo en el cual el curso de la enfermedad es difícil de predecir, aun usando múltiples sistemas de clasificación. Las causas pueden ser múltiples y variadas y aun indeterminadas, por lo cual su fisiopatología no está totalmente establecida.

De las etiologías, predominan la biliar y la etílica, entre las dos pueden ser hasta de 80%.^{4,5} No encontramos diferen-

cias en cuanto a la etiología presentada por sexo en relación con la informada por la literatura. En el sexo femenino la principal etiología es la biliar y en el sexo masculino la causa principal es la etílica.^{4,6-8} En nuestro trabajo predominó la etiología biliar, sin embargo, con respecto a la etiología etílica encontramos una gran diferencia, ya que nosotros reportamos sólo cinco casos (6%), contra 35% reportado en la literatura.^{4,5} Esta marcada disminución puede ser por el tipo de población de nuestro medio o porque la mayoría son pacientes femeninos, o bien que se negara el consumo etílico al momento de su ingreso. Existen otras causas que se presentan con menor frecuencia como son medicamentos, hipertrigliceridemia, hiperparatiroidismo, insuficiencia renal, úlcera duodenal perforada, causas congénitas como páncreas divisum, inyección de medio de contraste durante una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), disfunción del esfínter de Oddi, e infecciones.^{4,5,7,8} A pesar de no encontrar reportes de la literatura de la prevalencia en relación con la etiología lipídica, por medicamentos o infecciosa, en nuestro medio fue 6% para la etiología lipídica, 2.4% para la provocada por medicamentos, 1.2% para páncreas divisum y 1.2% post CPRE. Aun con todas estas etiologías plenamente identificadas queda un porcentaje importante (15 a 25%) donde no se puede conocer la causa.⁵ En lo que se refiere a la etiología desconocida las cifras encontradas en nuestro trabajo son similares a las informadas por la literatura (15% vs. 15-25%).

Por edad, la mayor incidencia se presentó en la quinta década, con una disminución en los extremos de la vida. Con base en la etiología, la biliar se presentó en todos los grupos de edad, mientras que la lipídica predominó en la tercera y cuarta décadas de la vida y la etílica tuvo su pico más alto en la segunda y tercera décadas, con un repunte en la quinta década.

El cuadro clínico es muy variado e inespecífico, en la mayoría de los casos se presenta dolor abdominal que puede ser desde leve a muy intenso, acompañado de náuseas, vómito, distensión abdominal, íleo, presentándose en ocasiones manifestaciones sistémicas como fiebre, taquicardia y datos de falla orgánica.^{1,2,4,6} El cuadro clínico de nuestros pacientes es similar, pero una diferencia importante es la presencia de hiperbilirrubinemia en 34 casos (40%). Se menciona en la literatura que pueden estar alteradas las pruebas funcionales hepáticas principalmente en la etiología de litiasis de la vía biliar, pero no se menciona su prevalencia.⁴ En este trabajo no se nombra el estudio de la misma.

Para establecer el diagnóstico de la PA además del cuadro clínico acompañado de los estudios de laboratorio y gabinete en casos nos basamos en el cuadro clínico, presencia de hiperamilasemia y estudios de gabinete. La hiperamilasemia estuvo presente en 70 casos, de los 78 a quienes se le realizó a su ingreso, lo que habla de una sensibilidad de 89%, que es muy similar a la reportada en la literatura.^{4,7,9} A ocho pacientes que no mostraron hiperamilasemia a su ingreso el estudio que mostró el diagnóstico fue la TC en seis de ellos, y dos más ameritaron laparotomía para tal fin. Se ha reporta-

do en la literatura que aproximadamente de 14% a 67 % con pancreatitis aguda leve está normal la TC abdominal.^{4-6,9} Al igual que los dos últimos pacientes, tres más que llegaron en condiciones graves fueron sometidos a cirugía de urgencia y el hallazgo transoperatorio fue de PA. El procedimiento quirúrgico es la última opción para establecer el diagnóstico por lo inespecífico y variado del cuadro clínico, sin embargo, no se tiene un reporte preciso de su frecuencia.⁶ En nuestra serie el diagnóstico de pancreatitis aguda realizado por cirugía fue en cinco casos (6%).

En la literatura la mayoría de los casos de pancreatitis se clasifican en forma leve (80%) y el resto en grave. La mortalidad se incrementa conforme aumenta la gravedad del padecimiento y en presencia de necrosis.^{1-3,5} En cuanto a la gravedad del padecimiento, nosotros encontramos una marcada diferencia con los reportes de la literatura, al aplicar los criterios de Ranson hallamos 58% de pancreatitis grave. Muy probablemente resulte de nuestra forma de clasificarlo, ya que tomamos en cuenta únicamente los criterios de Ranson. Una desventaja de nuestro método de clasificación es que se requieren hasta 48 horas para poder completar los criterios de Ranson, eso sin tomar en cuenta que los parámetros son tomados al momento de su ingreso, y no al tiempo de evolución del padecimiento.

Por días de estancia entre la pancreatitis leve y grave comparados con la literatura no hay una diferencia importante.

Cabe señalar que la imposibilidad para predecir el curso de la enfermedad ha motivado la búsqueda y el uso de múltiples clasificaciones donde se encuentran diferentes escalas fisiológicas (Falla orgánica, APACHE II, APACHE III), así como la utilización de estudios de gabinete (clasificación de Balthazar). Actualmente la mejor manera de clasificar la gravedad del padecimiento es con base en una escala fisiológica.^{2,9,10} Nosotros sólo utilizamos los criterios de Ranson y esto puede ser que haga nuestros resultados de pancreatitis grave muy elevados comparados con los informados en la literatura.

Conclusiones

En nuestro medio, la pancreatitis aguda se observa más frecuentemente en mujeres y en la mayoría de los casos es de etiología biliar.

La hiperbilirrubinemia encontrada debe ser estudiada para determinar si la obstrucción es por litiasis o se debe a disfunción del esfínter o fibrosis del mismo, o si es únicamente por el edema de la cabeza del páncreas.

El diagnóstico de pancreatitis aguda se puede hacer con el cuadro clínico y con determinación de amilasa sérica, y si no es posible debe de ser seguido por una TC abdominal y en un porcentaje muy bajo será necesario la realización de una laparotomía exploradora.

Aunque la Junta de Atlanta establece que los criterios de Ranson son útiles para clasificar la gravedad de la enfermedad, consideramos que no deben de tomarse en cuenta como únicos para clasificar el cuadro clínico, sino que deben ser integrados a un sistema de clasificación más amplio que nos permita valorar de una manera más completa el padecimiento y por lo tanto el manejo que debe proporcionarse al paciente.

Con base en lo anterior y considerando la importancia del padecimiento, se buscará establecer un consenso en el Servicio de Cirugía General para establecer un protocolo específico de manejo para pacientes con pancreatitis aguda.

Referencias

1. Bradley III E. A clinically classification based system for acute pancreatitis. *Arch Surg* 1993; 128: 586-90.
2. Banks P. Practice guidelines in acute pancreatitis. *Am Gastroenterol* 1997; 92: 377-86
3. Skaife P, Kingsnorth AN. Acute pancreatitis: Assessment and management. *Postgrad Med J* 1996; 72: 277-88.
4. Marshall JB. Acute pancreatitis. A review with an emphasis on new developments. *Arch Intern Med* 1993; 153: 1185-98.
5. Steinberg W y Tenner S. Acute pancreatitis. *NEJM* 1994; 330: 1198-210.
6. Ranson J. Diagnostic standards for acute pancreatitis. *World J Surg* 1997; 21: 136-42.
7. Greenfield J, Harmn C. Acute pancreatitis. Current opinion in pediatrics. 1997; 9: 260-4.
8. Paajanen H, Jaakkola M, Oksanen H y cols. Acute pancreatitis in patients over 80 years. *Eur J Surg* 1996; 162: 471-5.
9. McClelland RN. Overview of papers on pathogenesis. Diagnosis and treatment of acute pancreatitis and associated complications (first of three issues on pancreatic diseases). *Selected Readings in General Surgery* 1994; 21: 1-59
10. Bosscha K, Hulstaert PF, Hennipman A y cols. Fulminant acute pancreatitis and infected necrosis: Results of open management of the abdomen and "planned" reoperations. *J Am Coll Surg* 1998; 187: 255-62.