

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DE SANTA CLARA.
VILLA CLARA

Pancreatitis aguda. Estudio basado en 31 expedientes clínicos*

Por los Dres.:

JORGE TORRES LEON**, EDUARDO FERNANDEZ RUIZ***,
ORESTES ALVAREZ FERNANDEZ*** y ANA TERESA DE ARMAS SANCHEZ****

Torres León, J, y otros. *Pancreatitis aguda. Estudio basado en 31 expedientes clínicos.* Rev Cub Med 21: 3, 1982.

Se realiza un estudio de 31 expedientes clínicos de pacientes que presentan pancreatitis aguda, correlacionando en los mismos, la edad, el sexo, los factores causales y asociados, los síntomas y signos clínicos, los exámenes radiológicos y de laboratorio, las complicaciones, la mortalidad y los estudios necrópsicos. Se demostró que la enfermedad se presentó con mayor frecuencia en edades tardías de la vida y como factores causales, el más encontrado lo fue la litiasis biliar. Se encontraron alteraciones en la medición de glicemias, amilasa, hemoglobina y hematócrito, así como de calcio y potasio séricos. Los hallazgos radiológicos no fueron específicos. La laparoscopia fue un proceder útil. Se analizaron las dificultades diagnósticas en este proceso. La mortalidad global fue del 48,3% y se relaciona con la edad avanzada y las dificultades diagnósticas.

INTRODUCCION

La pancreatitis aguda es una entidad que concierne a internistas, gastroenterólogos y cirujanos por su cuadro frecuentemente dramático y sus problemas diagnósticos. A pesar de mejores enfoques diagnóstico-terapéuticos, así como de un mayor conocimiento de su fisiopatología, aún la mortalidad en las formas graves sigue siendo elevada.

La presente serie analiza 31 episodios de pancreatitis aguda de un total de 31 expedientes clínicos, que representaron excluyendo las causas posoperatorias y traumáticas, la totalidad de pacientes que presentaban esta enfermedad en un período de 3 años en nuestro centro (1977-1979).

Los objetivos de este estudio estuvieron dirigidos a conocer en nuestro medio la problemática relacionada con el diagnóstico, la evolución, las complicaciones y la mortalidad por este proceso.

Trabajo presentado en el I Congreso Cubano de Gastroenterología. Octubre, 1980.
La Habana. I Jornada Científica del I. S. C. M. - V. C., 1981. Santa Clara, Villa Clara

Trabajo presentado en el I Congreso Cubano de Gastroenterología. Octubre, 1980.
La Habana. I Jornada Científica del I. S. C. M. - V. C., 1981. Santa Clara, Villa Clara

MATERIAL Y METODO

1. Se tomaron como material para el estudio, los expedientes clínicos con diagnóstico el egreso de pancreatitis aguda correspondientes a los años 1977, 1978 y 1979.
2. A partir del registro de protocolos del departamento de anatomía patológica, fue tomada la totalidad de expedientes de pacientes en los que en la necropsia se demostró pancreatitis aguda.
3. Se excluyeron las causas posoperatorias y traumáticas.
4. Fuxjron revisados individualmente los datos de cada expediente y para su inclusión en la serie se utilizaron los siguientes parámetros:
 - a) Cuadro clínico sugestivo.
 - b) Amilaseemia elevada.
 - c) Confirmación anatómica, operatoria o endoscópica.
5. Fueron analizados los siguientes elementos:
 - a) Edad, agrupándose los pacientes en 6 grupos de edades: de 0 a 15 años, de 16 a 30 años, de 31 a 45 años, de 46 a 60 años, de 61 a 75 años, y de 76 a 90 años.
 - b) Sexo.
 - c) Etiología clasificada en: litiasis biliar, alcohólica, o idiopática cuando no pudo precisarse ésta.
 - d) Factores asociados.
 - e) Síntomas referidos al ingreso.
 - f) Hallazgos físicos, radiológicos y biológicos.
 - g) Resultados de operaciones o procedimientos endoscópicos.
 - h) Evolución y complicaciones.
 - i) Hallazgos necróticos en los fallecidos.
6. Se establecieron relaciones entre:
 - a) Grupos de edades estudiados y mortalidad de los mismos.
 - b) Hallazgos de Laboratorio, su positividad y mortalidad.
 - c) Realización del diagnóstico inicial y número de fallecidos.
 - d) Complicaciones y fallecidos.

RESULTADOS

En el cuadro I está representada la distribución de los pacientes estudiados por edad y sexo, encontrándose la mayor cantidad de ellos en el grupo de edad de 61 a 75 años [12 enfermos) con igual distribución para hembras y varones. Le seguía en frecuencia el grupo de 46 a 60 años, donde predominó el sexo femenino sobre el masculino de una forma significativa (5 mujeres y 2 hombres). Hay que señalar también que en el grupo comprendido entre las edades de 31 a 45 años, el número de pacientes masculinos fue el mayoritario con 5 enfermos y sólo 1 mujer, ocupando el tercer lugar en la frecuencia de los pacientes estudiados por grupos de edades.

CUADRO I
ETIOLOGIA POR EDAD Y SEXO. MORTALIDAD EN RELACION CON LA EDAD

Edades	Núm. de pacientes	M	F	Litiasis biliar	Alcoholismo	Idiopáticas	Mortalidad	%
0-15 años	1	1	—	—	—	1	0	0
16-30 años	4	—	4	2	—	2	1	3,2
31-45 años	6	5	1	1	3	2	2	6,5
46-60 años	7	2	5	4	—	3	3	9,7
61-75 años	12	6	6	3	—	9	8	25,8
76-90 años	1	—	1	1	—	—	1	3,2
Total	31	14	17	11	3	17	15	48,3

En edades extremas de la vida, la distribución de pacientes fue baja, correspondiendo solamente un enfermo con 15 años y una paciente con 86 años de edad.

Se estudió el origen por edad, sexo y su relación con la mortalidad. Encontramos que el mayor número de muertes ocurrió en los pacientes entre 61 y 75 años, de 12 enfermos que comprendían este grupo 8 fallecieron, que representaban éstos el 25,8% de la serie, correspondiendo a ellos 3 episodios relacionados causalmente con la litiasis biliar y 9 considerados como idiopáticos.

En los pacientes de 46 a 60 años hubo 3 muertes de un total de 7 enfermos que constituyeron en relación con el universo estudiado el 9,7%; en este grupo en el cual predominaban las mujeres, 4 de los episodios estaban relacionados con la litiasis biliar y el resto a los considerados idiopáticos.

Observamos que de 31 a 45 años los 6 enfermos que constituían este grupo, estaban distribuidos en 5 hombres y sólo 1 mujer. De los mismos 1 fallecieron, lo que significó el 6,6% del total, resultando llamativo el hecho que por su etiología, 3 de los episodios fueron en alcohólicos, 2 idiopáticos y sólo 1 por litiasis biliar.

En cuanto a los factores asociados, cuadro II, se encontró que 4 de los analizados eran diabéticos, en 3 se pudo obtener el dato de una ingesta previa al episodio, 3 habían recibido tratamiento diurético, y 3 con esferoides, sólo en 2 enfermos habían existido episodios demostrados de pancreatitis aguda previa y en una enferma, el cuadro se presentó asociado con el embarazo.

CUADRO II
FACTORES ASOCIADOS

Factores asociados	Número de pacientes	Porcentaje
Diabetes mellitus	4	12,9
Ingesta previa	3	9,7
Tratamiento diurético	3	9,7
Tratamiento esteroideo	3	9,7
Pancreatitis previa	2	6,4
Embarazo	1	3,2 .

CUADRO III

SINTOMAS MAS FRECUENTES EN LOS PACIENTES

Síntomas más frecuentes	Número	%
Vómitos	29	93,5
Epigastralgia	24	77,4
Fiebre	20	64,5
Náuseas	7	22,6
Dolor abdominal difuso	3	9,7
Dolor en hipocondrio derecho	3	9,7

Al analizar los síntomas primarios, cuadro III, los 3 predominantes fueron los vómitos, la epigastralgia y la fiebre con el 93,5, el 77,4 y el 64,5%, respectivamente.

El dolor abdominal difuso se describió en 3 de los enfermos al igual que el dolor en el hipocondrio derecho, representando cada uno el 9,7%. El dolor clásico en "barra" no fue recogido como síntoma primario en ninguno de los pacientes estudiados. Llama la atención la presencia de un cuadro indoloro en una paciente que ingresó en el servicio de medicina por un síndrome icterico.

Los hallazgos físicos más frecuentemente encontrados al ingreso, se señalan en el cuadro IV:

Taquicardia en 30 enfermos para el 96,8%, disminución de los ruidos hidroaéreos en 17 para el 54,8%, contractura abdominal en 14 que representó el 45,1. En 5 existía la hipotensión para el 16,2% y 4 estaban ictericos para el 12,7%.

CUADRO IV
HALLAZGOS FISICOS MAS FRECUENTES ENCONTRADOS AL INGRESO

Número de Hallazgos pacientes	%
Taquicardia 30	96,8
Ruidos hidroaéreos disminuidos 17	54,8
Contractura abdominal 14	45,1
Abdomen doloroso 11	35,5
Hipotensión 5	16,2
Ictero 4	12,9
<i>Shock</i> 1	3,2

CUADRO V

PRINCIPALES HALLAZGOS RADIOLOGICOS ENCONTRADOS

Hallazgos radiológicos	Número de pacientes
Ileo paralítico	10
Elevación de hemidiafragma derecho	5
Derrame pleural izquierdo	2
Derrame pleural derecho	1
Derrame pleural bilateral	1
Dilatación gástrica	2
Otros	9
Normales	6

El *shock* al inicio fue comprobado en un enfermo solamente.

Los principales hallazgos en las radiografías se detallan en el cuadro V. El más comúnmente encontrado es un patrón radiológico compatible con íleo paralítico en 10 pacientes. Podemos mencionar que en 6 de los enfermos, las radiografías realizadas no mostraron alteraciones y en ninguno fueron demostrados signos radiológicos directos de pancreatitis aguda.

ALTERACIONES ENCONTRADAS CUADRO VI LABORATORIO Y MORTALIDAD
EN EXAMENES DE

Hallazgos de laboratorio	Número de pacientes	% del total de pacientes	Fallecidos
Leucocitosis con desviación izquierda	31	100	15
Hiperglicemia*	18	58,1	5
Hipopotasemia	17	54,8	9
Amilasa en orina elevada	16	51,6	6
Anemia	15	48,4	9
Amilasa sérica elevada	12	38,7	5
Hiperbilirrubinemia	8	25,8	4
Hipocalcemia**	6	19,4	6
Glucosuria*	5	16,2	1
Hiperlipidemia**	4	12,9	2
Urea elevada	4	12,9	4

* Excluida en los diabéticos.

** Se determinó sólo en 17 pacientes.

Queremos, al analizar los resultados de los exámenes complementarios, resaltar sólo algunos que consideramos más llamativos, ilustrándose los mismos en el cuadro VI, donde se representan relacionados con los fallecidos.

De esta forma, vemos que 18 de los enfermos, excluidos los diabéticos, presentaron cifras elevadas de glicemia para el 58,1%. En 17, se presentó hipopotasemia para el 54.8%.

La hiperamilasemia existió en 12 enfermos y la hiperamilasuria en 16, y fue un hecho relevante que los 6 pacientes que presentaron hipocalcemia, fallecieron al igual que los 4 con cifras elevadas de urea, aunque el calcio sérico no fue medido en la totalidad de los enfermos, sino sólo en 17 de ellos. De los 15 pacientes a los cuales se les comprobó anemia, 9 fallecieron.

A un grupo de pacientes se les realizó el índice de aclaramiento de amilasa-creatinina, pero por ser minoritario este equipo, se decidió no incluirlo en los resultados.

El cuadro VII relaciona el número de fallecidos con el diagnóstico inicial. Se observa que de las pancreatitis agudas diagnosticadas (14), falle-

CUADRO VII

NUMERO DE FALLECIDOS EN RELACION CON EL DIAGNOSTICO

Diagnóstico	Número de pacientes	Número de fallecidos	Mortalidad global (%)
Pancreatitis diagnosticadas	14	3	
Pancreatitis operadas sin diagnóstico	15	10	
Pancreatitis no diagnosticadas ni operadas	2	2	
Total	31	10	48,3

CUADRO VIII

DIAGNOSTICO INICIAL AL INGRESO

Diagnóstico inicial al ingreso	Total
Pancreatitis aguda	14
Colecistitis aguda	4
Crisis ulcerosa	2
Úlcus péptico perforado	2
Apendicitis aguda	2
Síndrome peritoneal	2
Síndrome icterico	2
Síndrome doloroso abdominal	2
Diagnóstico no precisado	1
Total	31

cieron 3 pacientes, y en los enfermos no diagnosticados desde un inicio de 15, fallecieron 10. Existieron 2 enfermos a los cuales no se les realizó diagnóstico ni intervenciones y ambos fallecieron.

La mortalidad global de la serie fue del 48,3%.

El diagnóstico inicial al ingreso fue representado en el cuadro VIII. Vemos que en 14 pacientes el diagnóstico inicial fue el de pancreatitis aguda y en los restantes, excepto 2 enfermos, se interpretó como cuadros abdominales agudos. Los dos pacientes anteriormente mencionados se in-

CUADRO IX

OPERACIONES REALIZADAS Y MORTALIDAD EN OPERADOS

Intervención realizada	Número de pacientes	Fallecidos
Laparotomía exploradora	12	9
Laparotomía exploradora + colecistostomía	2	1
Laparotomía exploradora + coledocotomía	1	0
Total	15	10

CUADRO X

NUMERO DE PACIENTES Y DIAGNOSTICOS REALIZADOS POR LAPAROSCOPIA

Diagnóstico laparoscópico	Número de pacientes
Pancreatitis aguda	6
Colecistopatía Compatible con gastropatía Posible úlcera perforada Hepatopatía crónica	1
Ictero obstructivo extrahepático	1
Colecistitis aguda	1

terpretaron de la siguiente manera: uno como un síndrome icterico de causa no precisa y el restante fue admitido sin diagnóstico preciso.

Las intervenciones quirúrgicas realizadas se exponen en el cuadro IX.

Fueron realizadas 12 laparoscopias, detectándose signos de pancreatitis aguda en 6 de las mismas. En 3 se encontraron alteraciones que sugerían enfermedad de las vías biliares. Los otros diagnósticos planteados fueron gastropatía no precisada en 1, posible úlcera duodenal perforada en otro y hepatopatía crónica en el tercero, sin encontrarse en el momento del examen signos atribuibles a la entidad estudiada cuadro X.

Al analizar los resultados encontrados en las necropsias realizadas, (14) el mayor número correspondió a pancreatitis aguda hemorrágica con

7; 3 fueron pancreatitis aguda supurada, 1 fue de tipo edematoso y en 3 no se registró la clasificación.

Otros aspectos investigados fueron las complicaciones presentadas y el número de fallecidos atribuibles a éstas. Hubo fallecidos que presentaron simultánea o consecutivamente más de una de las complicaciones. Una elevada proporción de los pacientes complicados con *shock* fallecieron. Esta fue 8 de 13. La insuficiencia renal aguda que desarrollaron 4 pacientes, terminó con la vida de éstos. Dos enfermos presentaron sangramiento digestivo alto de importancia por úlceras agudas gástricas, falleciendo ambos. De 4 enfermos con sepsis generalizada, 3 fallecieron.

DISCUSION

En nuestro trabajo, la distribución de enfermos con respecto al sexo no mostró diferencias significativas con otros estudios, al ser similar la proporción masculina-femenina. En cuanto a la edad, en los pacientes analizados por nosotros se encuentran cifras similares a las de otros trabajos realizados en nuestro medio, en que la mayoría se distribuyó por encima de la 5ta. década de la vida,¹ pero sí hay diferencias con algunas publicaciones extranjeras, en que se presenta en edades más tempranas de la vida por estar relacionada al alcoholismo como factor causal frecuente,² lo que en nuestro medio no desempeña una función importante.

Refiriéndonos a la causa, en el mayor número de pacientes en los que ésta pudo demostrarse estuvo relacionada con la litiasis biliar y el factor alcoholismo, constituye una minoría, el cual es reconocido como un factor causal de gran importancia en otras latitudes como América del Norte y Europa Occidental.^{3,4} En este estudio se pone de manifiesto que la causa indeterminada o idiopática ocupa un lugar importante. En otros trabajos realizados, se señalan como factores causales los diuréticos tiazídicos, esteroides y causas virales.⁵ Nosotros consideramos estos aspectos como factores asociados y no lo rotulamos como factores causales por la falta de precisión en estos datos, aunque la ingesta previa fue recogida como dato en 3 de los pacientes.

En cuanto a los síntomas y signos comprobados, no hacemos un análisis detallado de los mismos por no existir diferencias significativas con lo informado al respecto, exceptuando la disminución de los ruidos hidro-aéreos cuya proporción fue inferior a lo hallado en otros informes."

En el análisis de los signos radiológicos, se detectó que en algunos pacientes concomitaban varios hallazgos, todos como signos indirectos, tanto en las radiografías de abdomen como torácicas, guardando relación con otros informes publicados.^{4,8} Igualmente encontramos pacientes con estudios radiológicos normales. No encontramos manifestaciones radiológicas directas de esta entidad similar en estudios de mayor escala, en los cuales se considera la radiología como un medio de apoyo al diagnóstico, complementando a otros parámetros clínicos y de laboratorio.⁷

Los resultados de laboratorio mostraron una elevada frecuencia de hiperglicemia sin glucosuria en pacientes no diabéticos, hecho que en la mayoría de la literatura revisada adquiere gran importancia diagnóstica.^{1,5,6,8}

Más de la mitad de los pacientes presentaron disminución del potasio sérico, lo que concuerda con informes de otros estudios.

La dosificación del calcio sérico fue realizada a 17 pacientes y los 6 que presentaron cifras bajas fallecieron, coincidiendo con los informes hechos al respecto, que consideran la hipocalcemia como un signo de pronóstico desfavorable en esta entidad. En el 25,8% de nuestros pacientes, encontramos cifras elevadas de bilirrubina, habiéndose planteado en un trabajo investigativo revisado que, incluso sin enfermedades de las vías biliares un grupo de pacientes desarrolló hiperbilirrubinemia de mayor o menor grado.⁹

El índice de aclaración de la amilasa-creatinina no fue posible realizarlo en la totalidad de los pacientes, sin embargo, a los casos que se les realizó fueron positivos, lo cual coincide con el valor dado a esta investigación en otros estudios internacionales.¹⁰

Ha sido descrito el criterio de mal pronóstico en los enfermos que presentan esta entidad asociada con cifras bajas de hemoglobina y hematocrito.¹¹ En nuestra casuística, 15 los presentaron y 9 de ellos fallecieron.

Aunque no poseemos documentación bibliográfica amplia que nos sirva para realizar estudios comparativos de los resultados de la laparoscopia en esta entidad, nosotros obtuvimos una positividad del 50% en los casos en que les fue realizada. Consideramos que estos resultados están en función del estadio en que fue realizada la misma.

Con respecto a la mortalidad observada en nuestra serie, que si bien es alta, está por debajo de las cifras informadas por otros investigadores en nuestro país, aunque dicha serie hace inclusión de las causas posoperatorias y traumáticas, lo que lógicamente incrementa la mortalidad. Excepto 2 pacientes adultos jóvenes, alcohólicos que fallecieron, el resto de las muertes están en relación con las dificultades diagnósticas iniciales y la edad avanzada de los enfermos.

Aunque algunos de los pacientes fallecidos fueron intervenidos con fines diagnósticos, está bien demostrado que este proceder no influye directamente en la mortalidad, y que la muerte estuvo en dependencia de que los pacientes operados fueron los que presentaron "cuadros enmascarados" y a la vez los más gravemente enfermos.^{3,5,12,13}

La terapéutica utilizada en el grupo de pacientes diagnosticados de esta serie fue el tratamiento médico convencional, y no establecemos relación de evolución y pronóstico con el mismo, por ser esta conducta homogénea en todos los pacientes.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de pancreatitis aguda en esta serie fue mayor en los grupos de edades superiores a los 60 años en ambos sexos.

2. La mayor mortalidad se relacionó a edades avanzadas {más de 60 años) y dificultades en el diagnóstico.
3. La litiasis biliar fue el factor causal demostrado de mayor incidencia en los expedientes estudiados (35,5%). La etiología alcohólica fue poco frecuente, afectó a pacientes jóvenes masculinos, teniendo una elevada mortalidad entre los mismos.
4. La hiperglicemia en pacientes no diabéticos se presentó en el 58,1% de los pacientes estudiados.
Las cifras bajas de calcio sérico constituyeron el signo de peor pronóstico en los enfermos estudiados.
5. La mortalidad global en la serie estudiada fue del 48,3%.
6. Existió una significativa diferencia en la mortalidad presentada por los pacientes diagnosticados y los no diagnosticados.
7. La laparoscopia confirmó el diagnóstico en el 50% de los que se les realizó.
8. La mortalidad en los enfermos operados con fines diagnósticos fue del 66,6%. Estos presentaban las formas dramáticas y frecuentemente fatales de la enfermedad, que indujeron a confusiones diagnósticas iniciales.
9. Las complicaciones más relacionadas con la mortalidad fueron el *shock*, la insuficiencia renal aguda y el sangramiento digestivo alto así como la sepsis.
10. La pancreatitis aguda hemorrágica fue la forma anatómo-patológica más frecuente en los casos autopsiados.

SUMMARY

Med 21: 91-98. et al. Pancreatitis. Study based on 31 clinical histories. Rev Cub

A study of 31 clinical histories from patients presenting acute pancreatitis is carried out correlating age, sex, causal and associated factors, symptoms and clinical signs radiológica and laboratory examinations, complications, mortality, and necropsic studies. It is demonstrated that disease most frequent occurrence was late in life. and as causal factors biliary lithiasis was the highest found. Alterations for glicemia, amilase, hemo- globin and hematocrit measurement. as well as serum calcium and potasi-um were found. Laparoscopy was a useful procedure. Diagnostic difficulties for this process are analyzed. Overall mortality was 48.3% and is related to later age and diagnostic difficulties.

RÉSUMÉ

Mr. et al. PanCrédite a 9Ué. Etude basée sur 31 dossiers cliniques. Rev Cub

It is demonstrated that disease most frequent occurrence was late in life. and as causal factors biliary lithiasis was the highest found. Alterations for glicemia, amilase, hemo- globin and hematocrit measurement. as well as serum calcium and potasi-um were found. Laparoscopy was a useful procedure. Diagnostic difficulties for this process are analyzed. Overall mortality was 48.3% and is related to later age and diagnostic difficulties.

présentée plus fréquemment en ages avancés, et que le facteur causal le plus fréquent a été la lithiase biliaire. Il a été rencontré des altérations dans les mesures de la glycémie, l'amylase, l'hémoglobine et l'hématocrite, ainsi que du calcium et du potassium sériques. Les trouvailles radiologiques n'ont pas été spécifiques. La coelioscopie s'est avérée un procédé utile. Les difficultés diagnostiques qui se sont constatées dans ce processus ont été analysées. La mortalité globale a atteint 48,3%, et elle est en rapport avec l'âge avancé et les difficultés diagnostiques.

FE3KITE Toppec JleoH, X. h ap. OcTpttii nampeaTHT. HccjienoBaHiie, oc-
HOBSHHOfi Ha 31 KJLHHKHeCKOM CJLJTqae. Rev Cub Med 21» 3, 1982.

flpoBo;n?5Tc# H33ní8Hjae 31 ncTopiiü <5ojie3Ha najneHTOB, KOTopne jw ocTpwii
naKpeaTHT; npn stom npoBojmeH rpymmnoBKa naoneH - tob corjiacsño B03pacTy, nojny,
npiiHHHHHX r accompyeriHX (pa.KTO- poB, Kjmr-mqecKfIM ciufliTOMaM a
nnp3KaKaM, pajüiiiojiorHHeCKHM h *Ja-* óopaTopHHTT *aH&jmzax*, OCJi05KH8Hiin»i,
c'ispTHocTii ii anajimSaM, npo- rrpR bekphthh. lipa stom oüjio BHfiBJieHo, ^to
3aocuaeBa - Has game Bcero nopaKajro naixneHTOB no>xjmoro sospacTa, a caj.ic.iR
qacTic.iR npawiHM. K cbaKTopar.ra hbxhjuicb HejFiHHii jirTHa3. btum o¿¿ HappKeHH
Hapyineimrf B nswepeHHii rjnmeMHii, ar.tnjia3kj, h reweTOKpRTa, a Tawse
chbopotohhx KaJiBLjHii h najian. ra^norpa wH^ecKRe GHEJ.nci H8 tíujiH
cneunwiniecKnii. JlanapocKoniiH o^ia no- ^63H0ñ. CDOBe^éH 2Hajm3
OTarHCerreecKHx tdjwhcre:: npn stom - nponece/Otímaa CMepTHOCTB cocTaBima
48,3% n cBS3aHa c npeic JIORHHM B03paCTOM ¿OJILHOTO H JUiarHOCTmeCKIE/IH
TpyfiHOCTfIMR.

BIBLIOGRAFIA

1. Pons, J. M.; M. Ramirez López. Aspectos diagnósticos de la pancreatitis aguda. Rev Cub Cir 15: 345-352, mayo-junio, 1976.
2. Inrie, C. W.; A. White. A prospective study of acute pancreatitis. Br J Surg 62 (6): 490-94, June, 1975.
3. Ucla Conferece. Acute pancreatitis. An Intern Med 76: .05.1.7, January. 1*. 1972. Clin Esp 150: 1-2, 61-66, 15 de julio de 1978.
4. .i c j;v3 Pozo- A Martinez Martinez. Pancreatitis aguda. Estudio
5. SooT™ ¿ot ^cTáp«Tm 375-390, 38 de .ebrero da ,959.
6. Uto de Aguí., González; J. Barriente Ve»» Pancreatitis aguda. Eatud.o basado en 73 historias clínicas. Rev Clin Esp 150: 3-4,
7. Whalen. J.; B. Rush; E. Albano. Fatal acute pancreatitis, a clinic pathologic analysis. Am J Surg 121: 16-19, 1971.
8. Simmy Bank. M. Clinical and hormonal aspects of pancreatic diabetes. A, J Gas- troenterol 64 (1): 13, July, 1975.
9. Me CMm. W. B. Obstructive In oiated biliar, tra disease. Aon Surg .82 (2): 116-120. Auguat. 1975.
10. D™»<™. D, The am»lase or.atinioe olearaoce ratio. Am J G.stroeo.erol 61 (4): 290-96. April, 1974.

11. *Ranson, J. H. C.* Objective early Identification of severe acute pancreatitis Am J Gastroenterol 61 (6): 443-51. June. 1974
12. *Ramírez López. M.; E. Camayd.* Mortalidad por pancreatitis aguda. Estudio estadístico de 35 pacientes. Rev Cub Cir 15 (3): 375-79, mayo-junio. 1976
13. *Ramírez López. M.; E. Camayd.* Función de la cirugía en la pancreatitis aguda. Rev Cub Cir 15 (3): 367-73. mayo-junio. 1976.

Recibido: 29 de abril de 1981.

Aprobado: 11 de mayo de 1981.

Dr. *Jorge Torres León* Juan Bruno
Zayas 158 e/ Candelaria y San
Cristóbal Santa Clara Provincia
Villa Clara