

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "MANUEL ASCUNCE DOMENECH", CAMAGÜEY

Pancreatitis aguda: características en nuestro medio

Dr. Rafael Pila Pérez, Dr. Eduardo A. González Garrido, Dr. Juan Amador Betancourt, Dr. Héctor Lezpona Martín

Pila Pérez, R. y otros: *Pancreatitis aguda: características en nuestro medio.*

Se hace una revisión de 110 pacientes con el diagnóstico de pancreatitis aguda en el Hospital Provincial Docente "Manuel Ascunce Domenech", de Camagüey, en el período comprendido de 1975 a 1983, ambos años inclusive; ésta es una enfermedad muy compleja donde intervienen muy diversos factores, por lo que nos limitamos a revisar sólo algunos aspectos que creemos importantes y que de una forma u otra contribuyen a un mejor conocimiento del proceso: edad, sexo, color de la piel, diagnóstico al Ingreso, manifestaciones clínicas, exámenes radiológicos y de laboratorio, complicaciones y mortalidad. La enfermedad predominó en la 5ta. década de la vida, en el sexo femenino y en la raza blanca. Las manifestaciones clínicas no difieren de lo señalado por otros autores. Dentro de los exámenes de laboratorio, la amilasa continúa siendo el indicador más importante. Las complicaciones fueron muy diversas y la mortalidad se comportó dentro de parámetros adecuados. Se revisa la literatura y se comparan nuestros resultados con los de otros autores.

INTRODUCCION

Frecuentemente resulta difícil el diagnóstico de pancreatitis aguda por la situación profunda del órgano, la complejidad de las pruebas disponibles y la falta de criterios estandarizados para preservar la función pancreática normal.

No debe, por tanto, sorprendernos que el diagnóstico de pancreatitis en muchas ocasiones, constituya un arduo problema en el ejercicio de la Medicina.

Nos proponemos con nuestro trabajo, motivar la atención de nuestros médicos sobre el conocimiento de este proceso, al mismo tiempo que expondremos las características de esta entidad en nuestro medio.

MATERIAL Y METODO

Revisamos los expedientes de 110 casos codificados con el diagnóstico de pancreatitis aguda en el período comprendido de 1975 a 1983, ambos años inclusive.

El diagnóstico se fundamentó en el cuadro clínico, exámenes de laboratorio, estudios radiológicos, laparoscopia, laparotomía exploradora y otras investigaciones que contribuyeron al diagnóstico de esta entidad tales como el ultrasonido y estudios histopatológicos en los pacientes fallecidos.

En nuestros enfermos hemos analizado la edad, el sexo, el color de la piel, el diagnóstico inicial, así como los exámenes fundamentales en esta entidad. Igualmente hemos expuesto las complicaciones y la mortalidad.

RESULTADOS

El mayor número de casos correspondió al grupo de edades comprendidas entre 46 y 60 años con (36,6%), seguidos por las edades comprendidas entre los 61 y 75 años con 35 pacientes (31,9%).

Hubo un franco predominio del sexo femenino (74,8%) sobre el masculino (25,2%).

Los pacientes de piel blanca representaron la mayoría de los casos (88%).

El diagnóstico inicial al ingreso de pancreatitis aguda, se informó en 51 pacientes (46,3%) seguido de colecistitis aguda en 14 (12,7%). Otros diagnósticos hechos al ingreso fueron crisis ulcerosas, *ulcus* péptico perforado, etcétera (tabla 1).

Tabla 1. *Pancreatitis aguda. Diagnóstico inicial al ingreso*

Diagnóstico inicial	No.	%
Pancreatitis aguda	51	46,3
Colecistitis aguda	14	12,7
Crisis ulcerosa	10	10,1
<i>Ulcus</i> péptico perforado	7	6,3
Apendicitis aguda	6	5,4
Síndrome doloroso abdominal	6	5,4
Síndrome peritoneal	5	4,5
Síndrome icterico	5	4,5
Infarto del miocardio	3	2,7
Otros	3	2,7

Fuente: Expedientes clínicos. Hospital Provincial Docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey, 1975-1984.

Las manifestaciones clínicas son muy variadas. El vómito, en 101 pacientes (91,8%), fue el síntoma más frecuente, seguido por la epigastralgia en 61 pacientes (55,4%). La fiebre se informó en 60 enfermos (54,5%). Otros síntomas, de importancia fueron las náuseas, la sudación y el dolor abdominal.

Entre los signos, la taquicardia, en 105 casos (95,4%) fue el más importante, por su frecuencia, seguido por el dolor a la palpación del abdomen en 68 pacientes (61,8%). La contractura abdominal y los ruidos hidroáereos disminuidos fueron otros signos relevantes (tabla 2).

Tabla 2. *Pancreatitis aguda. Síntomas y signos*

Pancreatitis aguda	No.	%
<i>Síntomas</i>		
Vómitos	101	91,8
Epigastralgia	61	55,4
Fiebre	60	54,5
Náuseas	32	30,0
Sudación	29	26,3
Dolor abdominal difuso	22	20,0
Dolor en hipocondrio derecho	20	18,1
<i>Signos</i>		
Taquicardia	105	95,4
Dolor a la palpación	68	61,8
Contractura abdominal	42	38,1
Ruidos hidroaéreos disminuidos	41	37,2
Ictero	31	28,1
Distensión abdominal	27	24,5
Signos de <i>shock</i>	19	17,2
Deshidratación	12	10,9
Hipo	12	16,3
Signo de Grey-Turner	2	1,8

Fuente: Expedientes clínicos. Hospital Provincial Docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey, 1975-1983.

En los exámenes de laboratorio, los más destacables por su frecuencia fueron la leucocitosis en 102 enfermos (92,7%). La eritrosedimentación acelerada se halló en 90 casos (81,8%) y la amilasa sérica elevada en 72 (65,4%). Otros exámenes importantes por su frecuencia fueron la amilasa elevada en orina, la hiperbilirrubinemia, la hipopotasemia, etcétera (tabla 3).

Tabla 3. *Pancreatitis aguda. Exámenes de laboratorio*

Exámenes de laboratorio	No.	%
Leucocitos con desviación izquierda	102	92,7
Eritrosedimentación acelerada	90	81,8
Amilasa sérica aumentada	72	65,4
Hiperglicemia	38	34,5
Hipopotasemia	35	31,8
Amilasa en orina aumentada	31	28,1
Hiperbilirrubinemia	31	28,1
Anemia	27	24,5
TGP aumentada	25	22,7
TGO aumentada	24	21,8
Urea aumentada	20	18,1
Creatinina aumentada	15	13,6
Glucosuria	13	11,8

Fuente: Expedientes clínicos. Hospital Provincial Docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey, 1975-1983.

El hallazgo radiológico de mayor importancia fue el íleo paralítico en 51 casos (46,3%), seguido por la elevación del hemidiafragma derecho con 28 casos (25,4%).

La radiografía torácica fue importante en el diagnóstico de las manifestaciones respiratorias en esta enfermedad. Los resultados de los exámenes radiológicos fueron normales en 20 pacientes (18,1%) (tabla 4).

Tabla 4. *Pancreatitis aguda. Radiología*

Hallazgos radiológicos	No.	%
Ileo paralítico	51	46,3
Elevación de hemidiafragma derecho	28	25,4
Bronconeumonía	16	14,5
Condensación pulmonar	12	10,9
Edema pulmonar intersticial	12	10,9
Derrame pleural	10	9,0
Dilatación gástrica	6	5,4
Signo de colon interrumpido	5	4,5
Otros	15	22,7
Normales	20	18,1

Fuente: Expedientes clínicos. Hospital Provincial Docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey, 1975-1983.

Las complicaciones que más incidieron en nuestros casos fueron: bronconeumonía (14,5%), coagulopatías (13,6%) e insuficiencia renal aguda (11,8%) (tabla 5).

Tabla 5. *Pancreatitis aguda. Complicaciones*

Complicaciones	No.	%
<i>Respiratorias</i>		
Bronconeumonía	16	14,5
Condensación pulmonar	12	10,9
Edema pulmonar intersticial	12	10,9
Derrame pleural	10	9,0
Atelectasia	8	7,2
<i>Renales</i>		
IRA	13	11,8
<i>Metabólicas</i>		
Acidosis diabética	12	10,9
Hipocalcemia	12	10,9
Acidosis metabólica	10	9,0
Acidosis mixta	8	7,2
Hiponatremia	5	4,5
Hipernatremia	3	2,7
<i>Digestivas</i>		
Sangramiento digestivo alto	8	7,2
Diarreas	6	5,4
<i>Hematológicas</i>		
Coagulopatía	15	13,6
<i>Pancreáticas</i>		
Pseudoquiste	12	10,9
Abscesos	7	6,3
<i>Cardiovasculares</i>		
Signos de shock	19	17,2
IMA	3	2,7

Fuente: Expedientes clínicos. Hospital Provincial Docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey, 1975-1983.

En la serie revisada encontramos que fallecieron por diversas causas 31 pacientes (28,1%). De estos pacientes que fallecieron, 22 (20%) habían sido sometidos a intervención quirúrgica y el resto en el transcurso del tratamiento médico.

DISCUSION

La pancreatitis aguda puede presentarse a cualquier edad, pero es más común entre los 40 y los 50 años.¹⁻³ Otros autores señalan una mayor incidencia entre los 50 y los 59 años.⁴

El sexo femenino tuvo un franco predominio sobre el masculino, sin embargo, en la serie estudiada por *Torres León*⁵ se informa un mayor número de casos del sexo masculino; *Seligson, Jones, White y Pons*^{6-*} coinciden en una mayor incidencia de la enfermedad en el sexo femenino.

Los pacientes de piel blanca fueron los más afectados en nuestra casuística, lo cual quizás dependa de las características étnicas de nuestra población, ya que todos los autores² coinciden en hacer la observación de que no existe relación directa entre el color de la piel y la enfermedad.

El diagnóstico inicial al ingreso fue diverso, pero el diagnóstico de pancreatitis aguda fue acertado en el 46,3% de la serie revisada.

La coleoscistitis aguda y la crisis ulcerosa fueron otros diagnósticos iniciales de importancia. *Torres León*⁵ señala que con el diagnóstico inicial de sus casos, el de pancreatitis aguda representó el 45,1% y *Pons*⁴ lo informa en el 40%.

El diagnóstico de pancreatitis aguda se basa sobre todo, en hallazgos clínicos, teniendo en cuenta que en personas de edades avanzadas la evolución puede ser muy grave con manifestaciones clínicas poco evidentes.⁹

El dolor abdominal en diversas localizaciones, los vómitos y la fiebre fueron los síntomas más frecuentes, mientras que la taquicardia, el dolor a la palpación y la contractura abdominal fueron los signos más hallados. Hallazgos similares a los nuestros son informados por *Maeder*.¹⁰

Los hallazgos de laboratorio de nuestra casuística fueron muy similares a los de otros autores.^{1,8,9,M} La determinación de la amilasa sérica sigue siendo el indicador más importante para el diagnóstico de pancreatitis aguda.¹² Esta prueba debe realizarse en las primeras horas de iniciada la enfermedad, ya que sus niveles descienden a la normalidad de no existir complicaciones.¹³ La amilasa en orina es también de gran valor, pues en ésta permanece elevada durante más tiempo que en sangre, aunque depende del estado del riñón.¹⁴

Los estudios radiológicos, además de ser de gran ayuda en el diagnóstico, permitieron detectar complicaciones como íleo paralítico, dilatación gástrica y otras, sobre todo, respiratoria?

El examen radiológico simple de abdomen, brinda una información útil, aunque no patognomónica.^{15,15}

Los 3 datos radiológicos más importantes son: el hallazgo del signo del "asa centinela", el signo del colon interrumpido y la distensión y ensanchamiento del marco duodenal, a veces con niveles líquidos.^{15,17}

La incidencia radiológica de alteraciones respiratorias, según la literatura, oscila entre el 14 y el 50 %.^{18,19} *Pérez de Oteiza*, en los 108 casos que revisó, encontró derrame pleural en el 40%, atelectasia en el 23%, condensación pulmonar en el 11% y elevación diafragmática en el 20%. Aunque en general las manifestaciones respiratorias que notifica este autor fueron superiores a las halladas por nosotros, es de destacar que en nuestros casos encontramos una mayor incidencia de procesos inflamatorios del parénquima pulmonar que lo referido por dicho autor.

En la evolución de la enfermedad es frecuente que encontremos complicaciones de diversa índole, que contribuyen de manera importante al desenlace de la misma. Al referirnos a los exámenes radiológicos hicimos mención a las complicaciones respiratorias que, como señalamos, fueron las más frecuentes en nuestros casos.

La insuficiencia renal aguda por necrosis tubular aguda en el curso del *shock* fue la complicación renal más importante en nuestra serie.

Las complicaciones metabólicas más relevantes fueron la acidosis diabética, la acidosis metabólica, y la hipocalcemia. Estos hallazgos son debidos casi siempre al vómito, distensión abdominal, fiebre y *shock*.⁹

La coagulopatía también es una complicación destacable; según algunos autores,²¹ esta alteración debe ser a causa de las enzimas pancreáticas que al escapar a la circulación general activan la coagulación sanguínea, y puede presentarse una coagulación intravascular diseminada por la tripsina.²²

La hemorragia digestiva la hallamos en pocos casos, y es que debemos destacar que *Trapnell*²³ y *Marks y Bank*⁴ también la señalan muy poco en sus respectivas series.

*Anderson y colaboradores*²⁵ informan el pseudoquistes entre el 2 y el 5% de sus casos, con resultados similares a los nuestros.

*Anmann*⁹ halló el absceso entre el 3 y el 4% y nosotros en 7 pacientes (6,3%).

La mortalidad mundial por pancreatitis oscila entre el 10 y el 23%.^{23,26,27} Nuestra mortalidad fue del 28,1%. *Torres León*² informa el 48,3%.

La mortalidad de esta enfermedad se relaciona con diversos factores tales como edad, diabetes, insuficiencia renal aguda, enfermedades cardiovasculares, etcétera; pero compartimos el criterio de otros autores,^{26,28} que las dificultades diagnósticas iniciales son la causa fundamental de la muerte de muchos de estos enfermos.

CONCLUSIONES

1. Hubo una mayor incidencia de la enfermedad en el grupo de edades de 46 a 60 años, en pacientes de piel blanca y en el sexo femenino.
2. El diagnóstico de pancreatitis aguda se hizo el ingreso en el 46,3% de los casos. Otros diagnósticos iniciales fueron colecistitis aguda, crisis ulcerosa, etcétera...
3. El dolor abdominal en diversas localizaciones, los vómitos y la fiebre fueron los síntomas más frecuentes y la taquicardia, el dolor a la palpación y la contractura abdominal fueron los signos que predominaron.

4. Los exámenes de laboratorio ofrecieron resultados muy semejantes a lo señalado por la literatura médica revisada. La amilasa sérica elevada la hallamos en el 65 % de los casos y en orina en el 28,1 %.
5. El íleo paralítico fue el hallazgo radiológico más frecuente en el 46,3% de los casos, seguido por la elevación del hemidiafragma y la bronconeumonía.
6. Las complicaciones más importantes fueron el *shock* en el 17,2% de la serie, la bronconeumonía en el 14,5% y la insuficiencia renal aguda en el 11,8%.
7. La mortalidad, con el 28,1% de nuestros casos, fue adecuada teniendo en cuenta las diversas estadísticas revisadas.

SUMMARY

Pila Pérez, R. et al. *Acute pancreatitis: its characteristics in our medium.*

A review of 110 patients with diagnosis of acute pancreatitis is carried out at the "Manuel Ascunce Domenech" Teaching Provincial Hospital, Camagüey, from 1975 to 1983, including both years. It is a very complex disease where very different factors are involved, therefore we are restricted to review some aspects that we think are important and in some way contribute to a better knowledge of its evolution: age, sex, race, diagnosis at the time of admission to hospital, clinical manifestations, radiologic and laboratory examinations, complications and mortality. Disease prevailed at the fifth decade of life, in the female sex and in white patients. Clinical manifestations are not different from those pointed out by other authors. Within laboratory examinations, amylase remains being the most important indicator. Complications were too different and mortality was within appropriate parameters. Literature was reviewed and our results were compared with those from other authors.

RÉSUMÉ

Pila Pérez, R. et al.: *Pancréatite aiguë: caractéristiques dans notre milieu.*

Une revue est faite de 110 cas de pancréatite aiguë, traités à l'Hôpital Provincial Universitaire "Manuel Ascunce Domenech", de Camagüey, pendant la période comprise entre 1975 et 1983. La pancréatite aiguë est une maladie très complexe dans laquelle interviennent des facteurs très divers: pour cette raison, cette revue ne concerne que certains aspects que l'on considère importants et qui contribuent dans quelque mesure à mieux connaître ce processus: l'âge, le sexe, la couleur de la peau, le diagnostic à l'admission, les manifestations cliniques, les examens radiologiques et de laboratoire, les complications et la mortalité. La maladie a prédominé dans la 5e décennie de la vie, dans le sexe féminin et dans la race blanche. Les manifestations cliniques ne diffèrent pas de ce qui a été signalé par d'autres auteurs. En ce qui concerne les examens de laboratoire, l'amylase continue à être l'indicateur le plus important. Les complications ont été très diverses et la mortalité s'est maintenue dans les limites adéquates. Enfin, une revue est faite de la littérature et les résultats sont comparés aux rapports par d'autres auteurs.

BIBLIOGRAFIA

- 1- *Cecil-Loeb*: Pancreatitis aguda y crónica. Tratado de Medicina Interna 13ra ed. México, Editorial Interamericana, 1975. Pp. 933-940.
2. *Debray, C. H. y col.*: Pancreatitis aguda, subaguda y crónica. Sem Hop Paris 13: 827, 1969.
3. *Pollock, A. W.*: Acute pancreatitis: Analysis of 100 patients. Br Med J 1: 12, 1959.

4. *Pons Jorge, M. y col.*: Aspectos diagnósticos de la pancreatitis aguda. Rev Cub Cir 15: 3. 1976.
5. *Torres León, J. y col.*: Pancreatitis aguda. Estudio basado en 31 expedientes clínicos. Rev Cub Med 21: 3, 1982.
6. *Seligson, U. et al.*: Clinical course and autopsy findings in acute and chronic pancreatitis. Acta Chir Scand 148 (3): 269-274, 1980.
7. *Jones, F. A. et al.*: Clinical gastroenterology. 2nd ed., Oxford and Edimburgh, Blackwell, 1968. Pp. 748-763.
8. *White, T. T.*: Pancreatitis. London, Edward and Arnold, 1966.
9. *Anmann, Ft.*: Leber Magen. Denmark, 1976. P. 219.
10. *Maeder, H. J.*: Fortschr Med 90: 572, Denmark, 1972.
11. *Dreiling, D. A.*: In: Janowitz H. D. and Perrin, EE.UU. Pancreatic inflammatory disease. New York, Hanred and Row, 1964.
12. *Adams, J. T. y cols.*: Significance of and elevated serum amilase. Surgery 63: 877- 884, 1968.
13. *Diago, J. E. et al.*: The role of early diagnostic laparotomy in acute pancreatitis. Surg Gynec Obstet 129: 263-269, 1969.
14. *Bank, S. et al.* Methemalbumin in acute abdominal emergencies. Br Med J 2: 86-87, 12 April, 1968.
15. *Eaton, S. B. et al.*: Radiology of the pancreas and duodenum. Philadelphia, W. B. Saunders, 1973.
16. *Ferrucci, F. T. et al.*: Radiology of the pancreas. Engl J Med 288: 506-510, 1973.
17. *Bockus, H. L.*: Gastroenterología. España, Salumt, 1968. P. 994-1025.
18. *Roseman, D. M. et al.*: Pulmonary manifestations of pancreatitis. N Engl J Med 91: 263-294, 1960.
19. *Ransom, J. H. C. et al.*: Respiratory complications in acute pancreatitis. Ann Surg 179: 557, 1974.
20. *Pérez de Otelza. C. y col.*: Alteraciones respiratorias en la pancreatitis aguda. Rev Clin Esp 161: 2, 1981.
21. *Gray, S. H. et al.*: Acute pancreatitis. The significance of hemoconcentration at admission to the hospital. Ann Surg 91: 485, 1965.
22. *Cano, J. M. y col.*: Pancreatitis aguda. Rev Gast Esp: 82: 44-56, 1980.
23. *Trapnell, J.*: The natural history and management of acute Pancreatitis. Ann Chir Scand 1: 147, 1972.
24. *Me Cuteheon, R. D.*: Etiological factors in pancreatitis. Acta Med Scand 134: 369, 1968.
25. *Anderson, N. C. et al.*: Assessment of methemalbumin as diagnostic test for acute pancreatitis. Arch Surg 98: 776, 1969.
26. *Albo, R. et al.*: A critical analysis of acute pancreatitis. Arch Surg 86: 1032, 1963.
27. *Elliot, D. W.*: Nonoperative management of acute pancreatitis. Curr Surg Manag 3: 151, 195*5.
28. *Maingotr.*: Abdominal operations. 1: 5ta ed. New York, Appleton Century Crofts, 1968. Pp. 658-674, 680.

Recibido: 20 de agosto de 1985

Aprobado: 8 de diciembre de 1985

Dr. *Rafael Pila Pérez*
 Lugareño no. 317, Apartamento 403
 Camagüey
 Cuba