

Hospital Clínicoquirúrgico "Abel Santamaría" Pinar del Río

## Comportamiento de la pancreatitis aguda en Terapia Intensiva durante el decenio 1993-2003

Dr. Carlos Alberto León González,<sup>1</sup> Dr. Ángel González González,<sup>2</sup> Dra. Irene Pastrana Román<sup>3</sup> y Dr. Omar Martínez Mompeller<sup>1</sup>

### Resumen

Se realizó una investigación retrospectiva, descriptiva y transversal durante el período comprendido desde enero de 1993 a enero del año 2003, para caracterizar a los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínicoquirúrgico "Abel Santamaría" de Pinar del Río, con el diagnóstico de pancreatitis aguda. La muestra estuvo integrada por 51 pacientes. Predominó la forma clínica necrotizante, así como las complicaciones sistémicas; también más frecuentes en ésta. Se observó mayor número de pacientes con pancreatitis grave, en su mayoría se correspondió con la variante necrotizante, la mortalidad fue evidenciada solamente en la pancreatitis grave, lo que representó alrededor de la cuarta parte de estos pacientes.

*Palabras clave:* Epidemiología, mortalidad, pancreatitis/incidencia/ tratamiento.

La pancreatitis fue descrita inicialmente por *Albert*, y más tarde considerada por *Moynihan* como la más terrible de todas las calamidades relacionadas con las vísceras abdominales. Se define como un proceso inflamatorio agudo del páncreas con compromiso de tejidos regionales y en casos graves, de otros sistemas orgánicos.<sup>1</sup>

Se aceptan 2 formas clínicas de pancreatitis aguda (PA), la edematosa intersticial y la necrotizante, las que constituyen variantes evolutivas difíciles de distinguir clínicamente, representan un 80 y un 20 %, respectivamente. Existe gran variabilidad en la incidencia, con una media entre 17-28 ×100 000 hab.<sup>2,3</sup>

La experiencia acumulada en esta enfermedad ha generado diferentes criterios en un intento de predecir la gravedad y curso de la misma, desde los conocidos índices de Ranson de 1974 o de Glasgow de 1984, los que no reflejan un alto valor predictivo, hasta los novedosos criterios tomográficos o de Balthazar, o más recientemente, marcadores séricos, incluidos: proteína C reactiva, elastasa, fosfolipasa A2, péptido activador del tripsinógeno, factores del complemento, interleucina-6, factor de necrosis tumoral y antiproteasas: de gran utilidad resultan en las unidades de cuidados intensivos (UCI), los sistemas de evaluación del paciente grave, *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE II) es el más utilizado en nuestro medio; no obstante, la combinación de varios indicadores se considera el mejor

predictor.<sup>4,5</sup>

En el año 1992 se celebró en Atlanta una reunión donde se desestimaron los términos inespecíficos de flemón y pancreatitis hemorrágica, se estableció la nomenclatura de PA leve y grave, atendiendo a la severidad.<sup>6</sup> En la década de los años 70-80, los pacientes con PA grave morían en la fase precoz de la enfermedad, durante la primera semana, por la liberación de varios mediadores que determinan el síndrome de *shock* tóxico que ocasiona fallas orgánicas; con la perfección de las UCI ha ocurrido el cambio más significativo, se ha logrado una reducción de la mortalidad de un 30-50 % hasta un 10-20 %, y se ha alcanzado la segunda fase, relacionada con la infección pancreática; hecho observado en el 30-70 % de los pacientes con PA necrotizante, los gérmenes más frecuentes son la *Escherichia coli* (26 %), *Pseudomona ssp.* (16 %) y *Staphylococcus aureus* (15 %).<sup>7-9</sup>

En la presente investigación nos proponemos caracterizar los pacientes ingresados en la UCI de nuestro hospital con el diagnóstico de pancreatitis aguda, así como evaluar dicha entidad según los recientes criterios de severidad.

## Métodos

Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, en 51 pacientes ingresados en la UCI del Hospital Clínicoquirúrgico "Abel Santamaría," de Pinar del Río, con el diagnóstico de pancreatitis aguda durante el período comprendido desde enero de 1993 a enero del año 2003.

Los datos fueron obtenidos a partir de los expedientes clínicos conservados en el departamento de estadísticas del hospital, del universo de pacientes ingresados en la UCI en los 10 años evaluados, seleccionamos los casos diagnosticados al ingreso como pancreatitis aguda; a los que se les recogieron las variables edad, sexo, forma clínica, complicaciones, modalidad de tratamiento, estadía y mortalidad.

Clasificamos la enfermedad de los pacientes en leve o grave según su severidad, de acuerdo con los criterios establecidos en Atlanta en 1992.<sup>6</sup>

Organizamos los resultados en forma de tablas descriptivas para su mejor comprensión.

## Resultados

En la tabla 1 exponemos la distribución de la muestra en relación con la edad y el sexo, se aprecia un predominio en los grupos de edad entre 31-45 y 46-60 años, más frecuente en los sexos femenino y masculino, respectivamente.

TABLA 1. *Distribución de la muestra según grupos de edad y sexo*

Grupos de edad	Sexo	Total
----------------	------	-------

	M	F	
16-30	6	4	10
31-45	6	14	20
46-60	9	6	15
61-75	2	1	3
>75	1	2	3
Total	24	27	51

Fuente: Historias clínicas.

Las formas clínicas de pancreatitis aguda aparecen representadas en la tabla 2, existe un ligero predominio de la forma necrotizante con respecto a la edematosa intersticial con 28 casos lo que representó el 54,9 %.

TABLA 2. *Distribución de la muestra según formas clínicas*

Formas clínicas	Pancreatitis aguda	
	No.	(%)
Edematosa	23	(45,1)
Necrotizante	28	(54,9)
Total	51	(100)

Fuente: Historias clínicas.

Las complicaciones de la pancreatitis aguda fueron distribuidas según las formas clínicas, en la edematosa se muestra ausencia de complicaciones locales y solamente la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) como sistémica, con un caso, lo que constituyó el 4,3 %. En la variante necrotizante se observó como complicación local más frecuente el pseudoquiste (3 casos), mientras en las sistémicas prevalecieron el *shock* y la infección respiratoria aguda con 7 y 6 casos, lo cual representa el 25,0 y 21,4, respectivamente. Se evidenció un predominio de complicaciones en la PA necrotizante, y sobre todo las sistémicas observadas en 26 de los 28 pacientes, lo que constituye un 92,8 % (tabla 3).

TABLA 3. *Complicaciones locales y sistémicas según formas clínicas*

Complicaciones	Formas clínicas	
	Edematosa (n=23)	Necrotizante (n=28)

	No. (%)	No. (%)
Locales		
Pseudoquiste	0 (0)	3 (10,7)
Absceso	0 (0)	1 (3,6)
Infección	0 (0)	1 (3,6)
Subtotal	0 (0)	5 (17,9)
Sistémicas		
Shock	0 (0)	7 (25,0)
Infección respiratoria aguda	1 (4,3)	6 (21,4)
Sepsis	0 (0)	4 (14,2)
Hepatobiliares	0 (0)	1 (3,6)
Cardíacas	0 (0)	1 (3,6)
Necrosis grasa	0 (0)	2 (7,1)
Coagulopatía	0 (0)	1 (3,6)
FMO	0 (0)	4 (14,2)
Subtotal	1 (4,3)	26 (92,8)

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 4 reflejamos la distribución de la pancreatitis aguda según las formas clínicas y severidad, se muestra que solamente un caso con pancreatitis edematosa fue clasificado como grave, mientras que, en la variante necrotizante, todos los casos fueron categorizados como pancreatitis grave lo que representó el 54,9 % en relación con la muestra. Finalmente se observa un predominio de pacientes con pancreatitis grave.

TABLA 4. *Distribución de las formas clínicas según severidad*

Formas clínicas	Severidad			
	Leve		Grave	
	No.	%	No.	%
Edematosa	22	43,1	1	2,0
Necrotizante	0	0	28	54,9
Total	22	43,1	29	56,9

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 5 exponemos las variables estadía hospitalaria, tratamiento impuesto y mortalidad, según severidad y formas clínicas. Se evidencia que la totalidad de casos con pancreatitis leve correspondieron a la forma clínica edematosa, y presentaron una estadía menor de 7 d; el tratamiento quirúrgico fue el más frecuente, realizado en el 73,0 %; además, no existió ninguna defunción en este grupo. En la pancreatitis grave, el paciente con la forma clínica edematosa tuvo una estadía entre 7 y 14 d y se le realizó tratamiento quirúrgico; existieron 28 enfermos con pancreatitis grave necrotizante y prevaleció la estadía entre 7-14 d con 17 casos, solamente 2 enfermos realizaron tratamiento médico; 7 pacientes fallecieron, los cuales correspondieron a pancreatitis grave necrotizante.

TABLA 5. *Estadía hospitalaria, tratamiento y mortalidad según severidad y formas clínicas*

Variables	Severidad/Formas clínicas					
	Leve (n=22)		Grave (n=29)			
	Edematosa		Edematosa		Necrotizante	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
<b>Estadía</b>						
• 7 d	22	(100)	-	(-)	2	(7,0)
• 7-14 d	-	(-)	1	(3,0)	17	(59,0)
• > d	-	(-)	-	(-)	9	(31,0)
<b>Subtotal</b>	<b>22</b>	<b>(100)</b>	<b>(3,0)</b>	<b>28</b>	<b>(97,0)</b>	
<b>Tratamiento</b>						
• Médico	6	(27,0)	(-)	(-)	2	(7,0)
• Quirúrgico	16	(73,0)	1	(3,0)	26	(90,0)
<b>Subtotal</b>	<b>22</b>	<b>(100)</b>	<b>1</b>	<b>(3,0)</b>	<b>28</b>	<b>(97,0)</b>
<b>Mortalidad</b>						
<b>Subtotal</b>	<b>-</b>	<b>(-)</b>	<b>-</b>	<b>(-)</b>	<b>7</b>	<b>(24,1)</b>

Fuente: Historias clínicas.

## Discusión

La edad de la muestra estuvo acorde con lo que describen otros autores, quienes señalan el mayor número de casos entre los 30 y los 70 años; observamos diferente distribución en cuanto al sexo, lo cual pudiera estar en relación con el hecho de que las 2 causas más frecuentes son el alcoholismo y la litiasis biliar, más comunes en los sexos masculino y femenino, respectivamente.<sup>2</sup>

La pancreatitis edematosa resultó la forma más frecuente, se observa en el 80 % de los casos.<sup>3</sup> Nuestro estudio se basó en los pacientes admitidos en una UCI, donde son recibidos según la presencia de complicaciones o las potencialidades de padecerlas, por lo cual primó la forma necrotizante, grupo de pacientes subsidiarios del mayor esfuerzo terapéutico y de hecho considerado un proceso grave.

La forma edematosa no presentó complicaciones locales y solamente una sistémica pues es generalmente un proceso autolimitado y reversible, con buen pronóstico. En la forma necrotizante se observaron como complicaciones locales el pseudoquiste, el absceso y la infección; el primero es el que se reporta con mayor frecuencia y algunos autores lo describen hasta en un 6 %, el absceso pancreático le sigue en orden de presentación lo cual coincide con lo reportado; la infección necrótica ha sido observada entre un 30 y un 70 %, visualizada fundamentalmente mediante la tomografía axial computadorizada, recurso no disponible en aquellos momentos en nuestro centro y que explica este bajo resultado. Las complicaciones sistémicas fueron más frecuentes en sentido general y también en la forma necrotizante, el *shock* y la insuficiencia respiratoria aguda son las más frecuentes y temibles en estos pacientes, observadas en la fase precoz de la enfermedad.<sup>6</sup>

Realizamos una distribución de los casos de acuerdo con la severidad, solo un caso con pancreatitis edematosa presentó una complicación sistémica de envergadura (IRA), por lo cual fue clasificada como grave, según los criterios establecidos al respecto. La necrosis pancreática define la enfermedad como grave por lo cual así fueron clasificados todos los pacientes con pancreatitis necrotizante.<sup>10,11</sup>

Se evaluó en conjunto la estadía hospitalaria, el tratamiento recibido y la mortalidad de acuerdo con la severidad, se observó que la totalidad de los pacientes con pancreatitis leve estuvieron hospitalizados menos de 7 d lo cual se corresponde con los resultados de otros investigadores y con la benignidad de este proceso, aún en los que se realizó tratamiento quirúrgico, según los criterios de selección clínicos y biológicos;<sup>12</sup> no se presentó ningún fallecimiento en este grupo. En los pacientes con pancreatitis grave predominó la estadía entre 7 y 14 d y solamente 2 recibieron tratamiento médico, a pesar de presentar, según las complicaciones observadas, mayores posibilidades de ser sometidos al tratamiento quirúrgico, la literatura actual hace énfasis en los resultados negativos de una intervención temprana,<sup>13,14</sup> realizada al ingreso en la totalidad de estos pacientes. En cuanto a la mortalidad, se observó un bajo índice, hecho que coincide con los más recientes estudios que ya señalan cifras similares y que se relaciona fundamentalmente con la ocurrencia de necrosis pancreática infectada.<sup>15</sup>

En nuestro estudio se demuestra que la pancreatitis aguda necrotizante prevaleció sobre la variante edematosa intersticial, y presentó mayor índice de complicaciones, tanto locales como sistémicas. En cuanto a la severidad, predominó la forma grave, representada en su inmensa mayoría por la pancreatitis necrotizante, con mayor tiempo de hospitalización y en la que se produjeron todas las defunciones, constituyó casi la cuarta parte de los pacientes con pancreatitis grave ingresados en nuestra UCI. En los pacientes ingresados con pancreatitis leve no se produjeron defunciones; enfermos que como se demuestra, no se benefician de los cuidados intensivos.

## Summary

A retrospective, descriptive and cross-sectional research was carried out from January, 1993, to January, 2003, in order to characterize the patients admitted at the Intensive Care Unit of "Abel Santamaría" Clinical and Surgical Hospital of Pinar del Río, with the diagnosis of acute pancreatitis. The sample was composed of 51 patients. The necrotizing clinical form, as well as the systemic complications, which were also more frequent in it, predominated. It was observed a higher number of patients with severe pancreatitis. Most of them corresponded with the necrotizing variant. Mortality was only evidenced severe pancreatitis, which accounted for approximately the fourth part of these patients.

*Key words:* Epidemiology, mortality, pancreatitis/incidence/treatment.

## Referencias bibliográficas

1. Agarwal N, Pitchumoni CS. Acute pancreatitis: A multisystem disease. *Gastroenterologist* 1993;1:15.
2. Imrie C, White A. A Prospective study of acute pancreatitis. *Br J Surg* 1975;62:490-4.
3. Baron JH, Morgan DE. Acute necrotizing pancreatitis. *N Engl J Med* 1999;340:1412-17.
4. De Berardinis M, Violi V, Rancoroni L. Discrimination power and information content of Ranson's prognostic sign in acute pancreatitis; a meta analysis study. *Crit Care Med* 1999;27(10):2272-83.
5. Balthazar E, Robinson D, Megibow A, Ranson J. Acute pancreatitis. *Arch Surg* 1993;128:586-90.
6. Santos Pérez LA. Pancreatitis aguda. En: Caballero López A. *Terapia Intensiva*. 2ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.Pp.6133-92.
7. Gronous JM, Hietaranta AJ, Kempainen EA, Nevelainen TJ. Phospholipases A2. What are they and what is their significance in acute pancreatitis? *Ann Chirur Gynaecol* 1998;87:196-9.
8. Bhatia M, Brady M, Shokuhi S. Inflammatory mediators in acute pancreatitis. *J Pathol* 2000;190:117-25.
9. Schmid SW, Uhl W, Friess H. The role of infection in acute pancreatitis. *Gut* 1999;45:311.
10. Greenberger NJ, Tohes PP. Pancreatitis aguda y crónica. En: Braunwald E, Hauser SL, Frucci AS, Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, eds. *Principios de Medicina Interna de Harrison*. 15.ª ed. V.2. Mexico DF: Mc Graw Hill- Interamericana;2002.p. 2093-107.
11. Dervenis C, Bassi C. Evidence based assessment of severity and management of acute

- pancreatitis. Br J Surg 2000;87: 257-8.
12. Berger HG, Rau B, Insenmann R, Meyer J. Surgical treatment of acute pancreatitis. Ann Chirur Gynaecol 1998;87:183-9.
  13. Forsmark CE, Foskers PP. Acute pancreatitis. Medical management. Crit Care Clin 1995;11 (12):295-309.
  14. Tenner S, Banks PA. Acute pancreatitis: nonsurgical management. World J Surg 1997;21:143-8.
  15. Lowham A, Lavelle J, Leeset T. Mortality from acute pancreatitis. Late septic death can be avoided but some early deaths still occur. Int J Pancreatol 1999;25: 103-6.

Recibido: 9 de enero de 2004. Aprobado: 15 de abril de 2004.

Dr. *Carlos Alberto León González*. Calle Estévez No. 68 entre Martí y Francisco Rivera, San Juan y Martínez, Pinar del Río, Cuba.

**1 Especialista de I Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos.**

**2 Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Verticalizado en Cuidados Intensivos.**

**3 Especialista de II Grado en Medicina Interna y Medicina Intensiva.**

**[Indice Anterior](#) [Siguiente](#)**