

**1.- MANEJO DE LA PANCREATITIS AGUDA** 2

2.- RESUMEN..... 3

3.- SUMMARY..... 4

**C.M.Q.B.B.**

4.- MARCO TEORICO..... 5

5.- OBJETIVOS..... 17

- GENERAL

- ESPECIFICOS

**AUTOR: DR. CHRISTIAN ABEL FERRUFINO MENDEZ**

6.- METODOLOGIA..... 18

Residente de Cirugía de 2do. Año

7.- RESULTADOS..... 19

C.M.Q.B.B.

8.- DISCUSION..... 23

**TUTOR: DR. ALEJANDRO SAUMA ROMERO**

9.- CONCLUSIONES..... 25

Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva

10.- REFERENCIAS..... 30

C.M.Q.B.B.

11.- HOJA DE RECOLECCION DE DATOS..... 32

12.- CUADROS Y TABLAS..... 33

**Cochabamba - Bolivia**

2002

Vo Bº  
*[Handwritten signature]*

**INDICE**

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio del páncreas debido a múltiples causas principalmente de origen biliar y alcohólico. En este trabajo retrospectivamente se estudio en 35 pacientes la

<b>1.-</b>	<b>INDICE GENERAL</b> .....	2
<b>2.-</b>	<b>RESUMEN</b> .....	3
<b>3.-</b>	<b>SUMMARY</b> .....	4
<b>4.-</b>	<b>MARCO TEORICO</b> .....	5
<b>5.-</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	17
<b>6.-</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	18
<b>7.-</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	19
<b>8.-</b>	<b>DISCUSION</b> .....	23
<b>9.-</b>	<b>CONCLUSIONES</b> .....	25
<b>10.-</b>	<b>REFERENCIAS</b> .....	30
<b>11.-</b>	<b>HOJA DE RECOLECCION DE DATOS</b> .....	32
<b>12.-</b>	<b>CUADROS Y TABLAS</b> .....	33

mayores chances de sobrevida y una recuperacion mas rapida.

**2.- RESUMEN.-** La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio del páncreas debido a múltiples causas principalmente de origen biliar y alcohólico. En este trabajo retrospectivamente se estudió en 35 pacientes la edad, etiología, manifestaciones clínicas, exámenes complementarios realizados y el manejo terapéutico instaurado dependiendo del estadio de la enfermedad. En 20 pacientes con pancreatitis leve de origen biliar el tratamiento fue quirúrgico, realizando la colecistectomía y drenaje de la vía biliar. En 5 pacientes no se requirió dejar dren en la vía biliar y se resolvieron 3 por vía abierta y 2 por laparoscopia. En 15 pacientes se tuvo el diagnóstico de pancreatitis aguda severa y complicada con abscesos (8 pac), pseudoquistes (7 pac), colecciones líquidas (5 pac). Los pseudoquistes pancreáticos fueron operados en 5 oportunidades, en dos de ellas se realizaron gastroquistostomía y en tres quistoyeyunostomía. Los abscesos y colecciones fueron drenados por laparotomía, requiriendo además: Colecistectomía, yeyunostomía, gastrostomía y sonda de nutrición enteral. Concluimos que la pancreatitis aguda en nuestro medio es más frecuente de origen biliar y que por lo tanto el tratamiento quirúrgico como primera instancia da al paciente mayores chances de supervivencia y una recuperación más rápida.

**3.- SUMMARY.-** Acute pancreatitis is an inflammatory process affecting the pancreas due to multiple causes but mainly secondary to biliary tract disease or alcohol consumption. We retrospectively looked in 35 patients, the age, etiology, clinical features, laboratory and imaging studies performed and the therapeutic approach offered depending on the severity of the disease. In 20 patients with mild pancreatitis due to biliary tract disease, the approach was surgical and consisted in gall bladder removal and drainage of the biliary tract. In 5 patients it was not necessary to leave a tube in the biliary tract and in 3 cases the problem was solved in an open surgical approach and laparoscopically in the other 2. In 15 patients the pancreatitis was severe and complicated with abscess formation (8 patients), pseudocysts (7 patients) and fluid collections (5 patients). Pancreatic pseudocysts were operated in 5 instances, in 3 cases a cystoyeyunostomy was performed and a cystogastrostomy in the other 2. The abscesses and fluid collections were drained at laparotomy associated to gallbladder removal (5 patients), yeyunostomy (2 patients), gastrostomy (2 patients) and introduction of a tube for enteral nutrition in five cases. Acute pancreatitis is mainly due to biliary tract disease and a surgical approach is preferred improving survival and permitting a fast recovery.

4.- **Marco Teórico:** El páncreas inicia su desarrollo durante la cuarta semana de gestación, mientras que durante la octava semana recién se encuentra casi formado adoptando una disposición anatómica que conocemos ahora (1).

Desde el punto de vista histórico la primera descripción de este órgano se acredita a Herófilo de Chalkaidon hacia el año 300 a.c. Cuatro siglos después, cerca del año 100 a.c. Rufo de Efeso dió el nombre de páncreas a esta víscera abdominal. Se atribuye a Le Dentu el haber efectuado la primera intervención quirúrgica del páncreas en 1862, la cual consistió en la aspiración percutánea de una masa o tumefacción pancreática con un resultado desfavorable (2).

El páncreas ocupa una posición retroperitoneal en el abdomen y se encuentra en un plano posterior al estomago y al epiplon menor. Se extiende en sentido oblicuo desde el asa en forma de C del duodeno hasta una posición más cefálica en el hilio del bazo. El páncreas del adulto normal en peso varia de 75 - 125 grs, en longitud de 10 a 20 cm y en anchura de la parte cefálica a la caudal de 3 - 5 cm. En el eje anteroposterior el páncreas es más grueso a nivel de la cabeza y varia de 1.5 a 3.5 cm. y la región más delgada se encuentra en

la cola con una medida de 0.2 a 2.5 cm. La glándula tiene un color característico amarillo rosado y se observa multilobulado, además se encuentra cubierto por peritoneo en su parte anterior y en la cara posterior se encuentra en proximidad con la vena cava inferior, la vena renal derecha, la aorta a nivel de la primera vértebra lumbar, los vasos mesentericos superiores y la vena esplenica. La glándula se la divide en cuatro porciones: Cabeza (incluye el proceso uncinado), cuello, cuerpo y cola. A la porción que se encuentra por delante de la vena mesenterica superior se la llama cuello de la glándula (1).

La mayor parte de los islotes consisten en células Beta que producen insulina.

La irrigación del páncreas proviene de un sistema arterial bastante amplio que tiene diversos orígenes. La cabeza del páncreas esta íntimamente relacionado con la segunda porción del duodeno, y estas dos estructuras son irrigadas por dos arcadas arteriales duodenales, las arterias pancreaticoduodenal anterior y posterior. Estas arterias se originan de las arterias pancreaticoduodenales superior e inferior como ramas del tronco celiaco y de la arteria mesenteria superior. El suministro de sangre al cuerpo y a la cola del páncreas se realiza por complejos arteriales más variables. La parte distal del cuerpo y la cola están irrigadas por ramas cortas de la arteria esplénica y gastroepiploíca

izquierda. El drenaje venoso del páncreas es semejante a la anatomía arterial, las venas que drenan este órgano drenan finalmente en la vena porta (4)

El drenaje linfático de la cabeza de la glándula drenan a los subpilóricos, porta, mesocólicos, mesentericos y aortocavas. Los vasos linfáticos del cuerpo y la cola del páncreas desembocan en ganglios retroperitoneales del hilio esplénico o bien en ganglios celiacos. La inervación es doble, simpática por el ganglio celiaco y también parasimpática (5).

Acerca de la histología, podemos decir que tiene dos sistemas orgánicos diferentes. La porción endocrina esta constituida por los islotes de langerhans.

La mayor parte de los islotes consisten en células Beta que producen insulina, las células Alfa productoras de glucagon constituyen 20-25% del total de la población celular. Las células delta producen somatostatina y se encuentran distribuidas en la periferie de los islotes y constituyen el 5% de la población celular. También hay pequeño grupo de células que contienen polipeptido pancreático, gastrina y polipeptido intestinal vasoactivo.

Los sistemas de acinos y conductos constituyen la porción exocrina del páncreas. Cada acino tiene configuración casi esférica y esta compuesto por una sola capa de células acinares, estas contienen granulos de zimogeno.