

COMPLEJO HOSPITALARIO VIEDMA  
 INTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA BOLIVIANO JAPONES  
 DEPARTAMENTO DE POSGRADO  
 UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON



"UTILIDAD DE LA ECOGRAFIA ABDOMINAL EN LA  
 PANCREATITIS AGUDA SEVERA, EN EL I.G.B.J.  
 ENERO 2007 - FEBRERO 2008"

Autor : Maribel Zurita Gomez Residente II  
 Tutor : Dr. Jaime Saravia B.

Febrero de 2008

*James Koller Echalar*  
 Dr. James Koller Echalar  
 GASTROENTEROLOGO  
 N.º P. K - 23  
 GASTROENTEROLOGO BOLIVIANO JAPONES  
 COMPLEJO HOSPITALARIO VIEDMA

*Jaime Saravia Burgos*  
 Dr. Jaime Saravia Burgos  
 GASTROENTEROLOGO  
 M.P.V. 8-215  
 CHV - I.G.B.J.

Cochabamba - Bolivia

## INDICE

I.- Resumen1 .....	1 pág.
II.- Introducción .....	2 pág.
III.- Marco teórico.....	4 pág.
IV.- Planteamiento del Problema.....	10 pág.
V.- Justificación .....	10 pág.
VI.- Hipótesis .....	11 pág.
VII.-Objetivos Generales y Específicos .....	11 pág.
VII.- Diseño Metodológico.....	12 pág.
VIII.- Muestra, universo.....	12 pág.
IX.- Resultados .....	13 pág.
X.- Análisis de Resultados .....	14 pág.
XI.- Conclusiones .....	15 pág.
XII.- Recomendaciones.....	15 pág.
XIII.- Bibliografía .....	16 pág.
XIV.- Anexos	

## RESUMEN

### Introducción

La ecografía como método no invasivo y de bajo costo es de amplia utilidad en el diagnóstico de la patología abdominal.

Desde la década de los 70 se ha generado una serie de investigaciones en el ámbito internacional con el objetivo de evaluar la utilidad de la ecografía en la Pancreatitis, teniendo ésta un rol controversial ya que la Tomografía computarizada en la actualidad es el método de elección para determinar la gravedad de la Pancreatitis. En 1992 en El Simposio Internacional en Atlanta se clasifica la Pancreatitis como leve y grave.

### Diseño y métodos

Estudio descriptivo, observacional, prospectivo.

### Resultados

El objetivo del estudio fue evaluar la sensibilidad y especificidad diagnóstica del ultrasonido en la Pancreatitis aguda grave. Realizamos un estudio con una muestra de 81 pacientes internados con esta patología, de los cuales se excluyeron 13 pacientes por abandono del Centro Hospitalario y a quienes no se les realizó ultrasonido;

- De los 68 pacientes reportados 54, presentaron Pancreatitis leve y 14 con Pancreatitis grave por criterios clínicos de gravedad .
- La edad más comprometida en la Pancreatitis aguda fue de >15 a 55 años . Con pico promedio de 55 años.
- Con relación al sexo el más comprometido fue el femenino con 47 casos y 21 casos del sexo masculino.
- De acuerdo a la distribución por grupos etareos con mayor número de casos de >15 a 55 años .
- Con relación a la etiología la primera causa fue de origen biliar, con 59 casos, post, E.R.C.P., 5 casos, alcohólica 1 caso , de etiología no precisada 2 casos y metabólica como ultima causa con 1 caso .
- Dentro los hallazgos ecográficos se encontró en mayor porcentaje 24 casos con reporte normal, 22 alteraciones en la ecogenicidad, 23 reportes aumento de tamaño de Páncreas, 13 colecciones a distancia (lámina de liquido libre en espacio de Morrison, esplenorrenal, fondo de saco de Douglas, interasas, ascitis), 10 casos con colección intrapáncreatica, Wirsung dilatado 6 reportes, colecciones peri pancreáticas 5 casos, bordes irregulares de páncreas 3 casos.

- De los 60 casos en 10 pacientes no se valoro Páncreas (14.7%) y 3 casos con valoración parcial (4.4%).
- Los controles ecográficos más eficaces fueron entre las 48 a 72 horas. En aquellos pacientes en que No fue Valorado Páncreas al inicio.
- El segundo control ecográfico se realizó en los pacientes entre el 2do y 5to día , con 19 casos y entre el 6to y 10mo día en 15 pacientes.
- En la correlación que se realizó entre la Ecografía y TAC 29 casos compatibles con Balthasar A 42.6, Balthasar B 16 casos ( 23.5%) , 8 casos (11.7%) con Balthasar C, 7 casos con Baltasar D (10.2%) y 8 casos con Balthasar E (11.7%).

### **Conclusiones:**

Concluyendo por lo tanto que el ultrasonido tiene mucha utilidad diagnóstica en la Pancreatitis grave, destacando que fue de mucho valor para observar la presencia de líquido libre en la cavidad abdominal, colecciones.

### **INTRODUCCION**

A comienzos del siglo XIX (1896) Moynihan describió la pancreatitis aguda como la más terrible de todas las calamidades. Él estableció la práctica de intervención quirúrgica inmediata para remover los productos tóxicos que se acumulan en la cavidad abdominal permaneciendo este concepto por casi 20 años.

En los últimos 100 años se han producido varios avances notables que nos han permitido asomarnos, probablemente, a un período donde podremos conocer rápidamente algunos aspectos que nos pueden ayudar a clasificar algunas de las más grandes dudas que poseemos, para explicar los principales aspectos que conciernen a la patogénesis en la pancreatitis aguda, sin embargo, tristemente como lo anotamos previamente, a pesar de estos conocimientos, la mortalidad global permanece casi igual en los últimos 40 años<sup>24</sup>.

Dentro de los avances significativos a mencionar tenemos:

En 1901: relación de la pancreatitis aguda con litiasis vesicular.

En 1929: se emplea la determinación de la amilasa sérica para establecer el diagnóstico de pancreatitis aguda.

En 1972: se da la oportunidad de obtener imágenes directas del páncreas por ultrasonido.

En 1973: Rettenmaier observó a través del Ultrasonido las modificaciones de la glándula pancreática en el 90 % de los casos en pacientes con pancreatitis aguda.<sup>2</sup>

En 1974: la importancia de la migración de los cálculos por el Colédoco y la papila de Vater en el desarrollo de la pancreatitis aguda.

En 1975 y 1976: la capacidad para obtener imágenes directas del páncreas a través del TAC y CPRE.

Desde el año 1996 al año 2000 se han observado los beneficios de sustancias como la proteasa de sérina, inhibidor de la tripsina, y el inhibidor del activador de plaqueta para el tratamiento de pancreatitis aguda.

Es indudable que los avances más significativos se dieron en los últimos veinte años.

Los conocimientos cada vez más amplios sobre la evolución natural, la etiología, la morfología y las complicaciones de la pancreatitis aguda han dado como resultado un avance en la clasificación de este trastorno.

En septiembre de 1992 en el Simposio Internacional sobre Pancreatitis aguda, celebrado en Atlanta, Georgia, se llevó a un consenso unánime para el establecimiento de una clasificación de la pancreatitis aguda. Este sistema está basado en criterios clínicos, imagenológicos, histopatológicos y el estado fisiológico de los pacientes. Puede utilizarse para clasificar a quienes sufren esta enfermedad inicialmente al momento de ingreso al hospital y, a continuación, se podrá modificar durante la evaluación de los sujetos hospitalizados en cuanto desarrollen complicaciones relacionadas con el procedimiento.

Deust en el año 1975, manifestó que hasta ese año no se habían publicado trabajos referentes a la posible relación del edema pancreático observado con el ultrasonido y los niveles aumentados de amilasa en sangre, a pesar de ser estos un indicador sensible.

Robbins y Cotran, en un estudio realizado en Philadelphia en 1979, determinaron que los cambios anatómicos en el páncreas como la destrucción proteolítica de la sustancia pancreática, necrosis vascular con la consiguiente hemorragia, necrosis grasa y reacción inflamatoria asociada fueron causados por los efectos líticos destructivos de las enzimas pancreáticas. 15

En una publicación hecha por Sanders en 1982 en New York reveló que los pacientes a quienes se les realizó ultrasonido con diagnóstico de pancreatitis aguda se observó: que el páncreas era normal en un 29% de los casos; un aumento difuso del tamaño de la glándula en el 52% de los casos; pérdida de la ecoestructura normal o agrandamiento focal en un 28% de los casos. La glándula afectada se vuelve hipoecogenica o anecogénica, con un grado de ecogenicidad menor que la del hígado y dentro de las complicaciones observadas están los pseudoquistes 10% de los casos, flemón 18% de los casos, abscesos 9% de los casos y hemorragias en un 5%.

Donaban y Siegelman compararon las colecciones pancreáticas a través del ultrasonido y la tomografía en 1982 encontrando que en los procesos severos de la pancreatitis aguda se producen alteraciones por exudado