

Casuística

PANCREATITIS SUPURADA (*)

Dr. DANIEL A. ALLENDE,
Dr. EDUARDO MIRANDA, y
Dr. EMILIO A. FANTIN

Servicio de Cirugía General - Hospital Privado - Córdoba.

INTRODUCCION

La complicación séptica de la pancreatitis es causa conocida de morbilidad y mortalidad aumentada. La sospecha clínica de la aparición del absceso pancreático o "flemón retroperitoneal", en la evolución de la pancreatitis aguda y en los traumatismos toraco-abdominales, ayuda a identificarlos precozmente y proceder al tratamiento adecuado.

Se presenta en este trabajo, el análisis de algunos aspectos de las historias clínicas de seis pacientes con pancreatitis supurada, con el propósito de señalar hechos de interés en el manejo de los mismos.

MATERIAL Y METODO

CASO I: Hombre de 50 años que consultó por cuadro abdominal agudo. Se realizó laparotomía exploradora, comprobándose pancreatitis, y se practicó gastrostomía y avenamiento epigástrico. En el día 29 de postoperatorio presentó sepsis y derrame pleural izquierdo, lo que obligó a avenamiento de pus de la retrocavidad con tubos de drenaje. Persistió cuadro séptico severo y mal estado general. Se realizó amplia lumbotomía izquierda con avenamiento al exterior de pus, cuyo cultivo demostró bacilo piocianico. Se practicaron curaciones cada dos días bajo anestesia general, extrayendo manualmente tejido necrótico retroperitoneal. Requirió apoyo nutricional parenteral con pérdida de 30 Kg. de peso. Alta a los 66 días con pequeña fistula pancreática. Un mes

después requirió nueva internación por derrame pleural izquierdo. Secuela a los 8 años: pancreatitis crónica y diabetes.

CASO II: Mujer de 40 años con antecedentes de estenosis mitral compensada y traumatismo toracoabdominal cinco días antes, que ingresó con cuadro abdominal agudo. Se realizó laparotomía exploradora comprobándose pancreatitis con edema retroperitoneal y compromiso vascular del colon descendente por comprensión de vena cólica izquierda, practicándose colostomía derecha. Se complicó con cuadro séptico y dolor en hipocondrio izquierdo con celulitis desde el flanco izquierdo hasta la pelvis, lo que determinó amplia incisión en el flanco izquierdo, evacuándose pus y tejido necrótico de la retrocavidad. Se realizaron curaciones periódicas bajo anestesia general. Requirió apoyo nutricional parenteral. Alta a los 110 días con fistula pancreática de alto débito que cerró espontáneamente 60 días después. Siete meses más tarde se cerró la colostomía. Lleva 8 años de buena evolución, salvo por úlcera gástrica.

CASO III: Hombre de 30 años internado en el hospital con traumatismo por herida de bala que interesó pulmón derecho, hígado, intestino delgado y páncreas. Ingresó en estado séptico con antecedente de cirugía toracoabdominal previa. Se realizó laparotomía exploradora, comprobándose abscesos en ambos espacios subfrénicos los cuales se abrieron ampliamente, drenando pus, líquido pancreático y tejido necrótico. El cultivo demostró Estafilococo coagulasa (+) y bacilos Gram (-). Se reseco también parte de intestino delgado. Se realizaron curaciones periódicas con extracción manual de secuestros, bajo anes-

(*) Presentado en el 54o. Congreso Argentino de Cirugía - Oct. 1983.

tesia general. Requirió nutrición parenteral. Alta a los 63 días con fístula pancreática que cerró espontáneamente. Como secuela quedó eventración de la herida quirúrgica que había cerrado por segunda.

CASO IV: Hombre de 36 años con antecedentes de colecistectomía, diverticulectomía duodenal y apendicectomía en el mismo acto quirúrgico, que presentó en el postoperatorio inmediato, pancreatitis aguda y absceso subhepático. Ingresó al hospital con cuadro séptico grave. Se practicó laparotomía, comprobándose flemón supurado que abarcaba todo el espacio retroperitoneal. Se realizó avenamiento amplio por medio de incisiones subcostales, en flanco y pelvis, obteniéndose pus y tejido necrótico que desarrolló *Proteus*. Quedó con fístula cecal. Requirió nutrición parenteral. 15 días después fue trasladado a su lugar de origen, con mejoría de su estado séptico. Dos años después se encontraba en buen estado de salud.

CASO V: Hombre de 33 años con antecedentes de colecistectomía y papiloesfinterotomía transduodenal. En el postoperatorio presentó embolia de pulmón y pancreatitis aguda. 7 días después desarrolló cuadro séptico, con abscesos subhepático y subfrénico izquierdo, lo que obligó

a avenamiento de ambos espacios obteniéndose pus y tejido necrótico cuyo cultivo desarrolló *E. coli*. Quedó con colostomía transversa. Se practicaron curaciones con secuestrectomías manuales. Desarrolló fístula colónica en el ángulo izquierdo que cerró espontáneamente. Perdió 20 Kg. de peso y requirió apoyo nutricional parenteral. Como secuela presentó eventración.

CASO VI: Hombre de 46 años que ingresó con diagnóstico de pancreatitis aguda. 15 días después presentó cuadro séptico y tumor palpable en epigastrio que transmitía el latido aórtico. Se exploró quirúrgicamente realizándose incisión amplia y avenamiento con marsupialización y secuestrectomía de absceso pancreático, cuyo cultivo desarrolló *Estafilococo coagulasa (+)*. La evolución post-operatoria fue tórpida con sepsis, acidosis metabólica y hemorragias a nivel digestivo y de herida quirúrgica. Se practicaron lavados periódicos de la cavidad peritoneal y se administraron antibióticos. Requirió nutrición parenteral. Alta a los 48 días. Cuatro meses después se efectuó colecistectomía por litiasis vesicular múltiple. Como secuela quedó con eventración subcostal izquierda.

RESULTADOS

Se estudiaron seis pacientes que estuvieron

TABLA 1: PACIENTES CON PANCREATITIS SUPURADA
HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA - 1974/1982

CASO	EDAD	SEXO	ETIOLOGIA	EVOLUCION	LOCALIZAC. ABSCEOS	NUTRIC. PARENT.	SECUELAS
I	50	M.	PANCREATITIS AGUDA	SEPSIS	RC - SH - SF	SI	PANCREATITIS CRONICA Y DIABETES
II	40	F.	TRAUMATISMO TORACOABSOMINAL	SEPSIS	RC - SH - SF	SI	FISTULA PANCREATICA
III	30	M.	HERIDA DE BALA	SEPSIS	RC - SF - PCI	SI	FISTULA PANC. EVENTRACION
IV	36	M.	CIRUGIA VIA BILIAR	PANCREATITIS AG. SEPSIS	SH - PCD - P	SI	NO
V	33	M.	CIRUGIA VIA BILIAR	EMBOLIA PULMON SEPSIS	RC	SI	FISTULA PANCREATICA
VI	46	M.	PANCREATITIS AGUDA	PSEUDOQUISTE SEPSIS HEMORRAGIA DIG.	RC - SF	SI	EVENTRACION

RC: Retrocavidad - SH: Subhepático - SF: Subfrénico - PCI: Parietocólico izquierdo - PCD: Parietocólico derecho - P: Pelvis.

internados en el Hospital Privado de Córdoba, con diagnóstico de pancreatitis supurada y abscesos retroperitoneales, en un lapso de tiempo de ocho años (1974/1982). (TABLA 1)

La edad estaba comprendida entre los 30 y 50 años, con un promedio de 39 años. Cinco pacientes eran varones y uno, mujer.

Con respecto a la etiología, 4/6 (66%) estaba relacionada con enfermedad litiasica biliar, de los cuales 2/6 (33%) tenían el antecedente de cirugía biliar y apertura del tracto intestinal en el acto quirúrgico; y 2/6 (33%) tuvieron traumatismo toraco-abdominal, uno con ruptura de víscera hueca y otro con compromiso isquémico del colon.

En 5/6 (83%) de los casos existió el antecedente de intervención quirúrgica abdominal, antes de establecerse la supuración pancreática.

En todos los casos, se sospechó el diagnóstico de pancreatitis supurada y/o absceso retroperitoneal por la clínica (sepsis generalizada) con leucocitosis, neutrofilia y valores elevados de amilasa sérica. El diagnóstico fue confirmado en el acto quirúrgico en la totalidad de los pacientes.

El estado séptico se presentó entre el 7 y 29 día de comenzada la enfermedad (o posterior al acto quirúrgico en los casos con cirugía previa).

El tratamiento quirúrgico consistió en incisiones amplias subcostales derechas o izquierdas en cinco pacientes (5/6; 83%); lumbotomía amplia en un paciente (1/6; 16%) y colostomía desfuncionalizante por isquemia en dos pacientes (2/6; 33%).

Todos los pacientes tuvieron avenamiento al exterior y requirieron lavados de la retrocavidad cada 2 días, bajo anestesia general.

Los gérmenes identificados fueron E. coli, Proteus, Estafilococo coagulasa (+) y Bacilo piocianico.

La anatomía patológica demostró, en todos los casos, pus y tejido necrosado no identificado como tejido pancreático.

Las complicaciones y secuelas fueron: Fístula pancreática al exterior (50%); eventración (50%); pancreatitis crónica y diabetes (16%); hemorragia digestiva (16%) y perforación con fistula cecal (16%). (TABLA 2)

TABLA 2: COMPLICACIONES Y SECUELAS DE 6 PACIENTES CON PANCREATITIS SUPURADA - HOSPITAL PRIVADO - 1974/1982.

Fístula pancreática al exterior	3/6	.50
Eventración	3/6	.50
Pancreatitis crónica y diabetes	1/6	.16
Hemorragia digestiva	1/6	.16

Perforación y fístula cecal	1/6	.16
Sin complicaciones	1/6	.16

La localización de los abscesos afectó a todo el abdomen, con mayor frecuencia en la retrocavidad. (TABLA 3)

Todos los pacientes fueron alimentados con nutrición parenteral. Sólo dos pacientes perdieron más de 20 Kg. (aproximadamente el 25% del peso corporal).

La estadía hospitalaria se extendió entre 48 y 110 días.

TABLA 3: LOCALIZACION DE ABSCESOS EN 6 PACIENTES CON PANCREATITIS SUPURADA HOSPITAL PRIVADO - 1974/1982.

Retrocavidad	5/6	.83
Subfrénico izquierdo	4/6	.66
Subhepático	3/6	.50
Parietocólico izquierdo	1/6	.16
Parietocólico derecho	1/6	.16
Pelvis	1/6	.16

COMENTARIOS

1) Los abscesos pancreáticos y retroperitoneales deben tenerse en cuenta como posibilidad de complicación de pancreatitis aguda y en pacientes que han tenido cirugía de la vía biliar, especialmente si ha habido apertura del tracto gastrointestinal.

2) Los abscesos están integrados por pus y material necrótico perivisceral retroperitoneal.

3) Tienen tendencia a extenderse por el retroperitoneo y pueden erosionar vísceras y vasos.

4) La perforación intestinal y la hemorragia digestiva complican y agravan la evolución del absceso.

5) Los gérmenes responsables son, en su mayoría, enterobacterias.

6) La pancreatitis y luego, la supuración retroperitoneal subsiguiente, provocan una expoliación proteica y desnutrición importante. Además, en las primeras semanas, el tránsito digestivo está comprometido por lo que los pacientes deben ser apoyados con nutrición parenteral.

7) Es importante realizar abordajes amplios por vía subcostal o lumbar, sin comprometer la cavidad peritoneal.

8) Las curaciones deben ser reallzadas cada dos días y los secuestros deben ser eliminados manualmente. Es peligroso el empleo de instru-

mentos y el uso de drenajes de goma, aún los gruesos, no resultan efectivos.

9) Los antibióticos no parecen ser eficaces en la prevención de esta complicación.

10) Posiblemente, los factores que han prevenido la muerte de estos pacientes han sido:

- a) Drenajes amplios con curaciones frecuentes.
- b) Evitar la peritonitis generalizada.
- c) Aporte nutritivo parenteral.

RESUMEN

Se presentan 6 pacientes con pancreatitis supurada y abscesos retroperitoneales.

El trabajo tiene por objeto llamar la atención en la importancia de:

- Establecer incisiones amplias haciendo sequestrectomías manuales y evitando la contaminación de la cavidad peritoneal.
- La nutrición parenteral y el aporte calórico favorecen la cicatrización y contrarrestan la infección.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Donahue P., Nyhus L., Baker R.: Pancreatic abscess after alcoholic pancreatitis. Arch. Surg. 115:905, 1980.
- 2) Leger, L., Chiche B., Louvet A.: Pancreatic necrosis and acute pancreatitis. World J. Surg. 5:315, 1981.
- 3) Kümmerle F., Neher M.: Management of complications after operations for acute pancreatitis. World J. Surg. 5:387, 1981.
- 4) Becker V.: Pathological anatomy and pathogenesis of acute pancreatitis. World J. Surg. 5:303, 1981.
- 5) Creutzfeldt W., Lankisch P.: Intensive medical treatment of severe acute pancreatitis. World J. Surg. 5:341, 1981.
- 6) Ranson J.: Conservative surgical treatment of acute pancreatitis. World J. Surg. 5:351, 1981.
- 7) Saxon, A., Reynolds J.T., Doolas A.: Management of pancreatic abscesses. Amer. Surg. 194:545, 1981.