

Factores etiológicos de las pancreatitis agudas en nuestro medio

Dr. Bolívar Delgado *

Se revisan 53 pancreatitis agudas ocurridas en los últimos 10 años, con diagnóstico corroborado por laparotomía exploradora o necropsia.

Se analizan los factores etiológicos tal como aparecen en nuestro medio y se les compara con los obtenidos por otros autores. Ocupan el primer lugar las enfermedades de la vía biliar (69.8 %), predominando la litiasis vesicular (54 %), sobre todo la variedad a pequeños cálculos (71 %). La litiasis coledociana fue hallada en un 16.9 %, con 5.6 % de cálculos papilares. El alcoholismo, poco considerado en nuestro país, aparece como un factor etiológico de importancia (18.8 %) predominando netamente en el sexo masculino. No se registraron en esta serie otras etiologías y en un 11.3 % no se pudo determinar la causa de la pancreatitis.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Pancreatitis/etiology. Cholelithiasis/complications. Common bile duct calculi/complications. Alcoholism/complications.

La etiopatogenia de la pancreatitis aguda (P.A.) es un tema aún en discusión y como dice Hess (8) si bien en el momento actual se conocen mejor los mecanismos patogénicos hay menor orientación en cuanto a los mecanismos desencadenantes.

Sterling (14) por ejemplo señala 66 posibles factores etiológicos.

El tratamiento de la P.A. está también actualmente en proceso de revisión y no puede escapar a nadie el interés que el mayor conocimiento de los factores etiológicos puede influir sobre éste.

Por otra parte es indudable que la etiología de esta afección varía considerablemente con el medio geográfico invirtiéndose a veces el orden de frecuencia de los factores etiológicos en medios diferentes.

MATERIAL Y METODOS

El material utilizado consta de 53 observaciones de P.A. recogidas en los 10 últimos años. De ellas 41 provienen del Hospital de

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 3 de julio de 1974.

* Docente Adscripto de Cirugía. Asistente Int. de Cirugía del Departamento de Emergencia.

Dirección: Francisco Vidal 785 ap. 5, Montevideo.

Departamento de Emergencia (Prof. Int. Dr. Julio Mañana). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.

Clínicas y 12 de nuestra actuación extrahospitalaria.

Solo fueron considerados aquellos casos en los cuales el diagnóstico fue corroborado por laparotomía exploradora o necropsia.

Este criterio de selección tiene el valor de la certificación de la propia lesión pancreática pero además del estado de las vías biliares. Tiene en cambio como inconveniente que solo se incluyen P.A. de grado mediano o grave.

No se han considerado además las P.A. traumáticas por constituir un grupo muy particular ni las P.A. postoperatorias que ya fueron objeto de una comunicación anterior.

FACTORES ETIOLOGICOS

A) Edad.

La P.A. ocurre en nuestro medio en la edad media de la vida, promedialmente 44 años, con extremos de 74 y 22, cifras acordes a las encontradas por otros autores (5, 10, 12, 15). Es ya conocida la poca frecuencia de la P.A. en los viejos pero en nuestra serie un paciente tenía 70 años y dos, 74. La P.A. es también poco frecuente en niños (2) y nuestra serie no es representativa en ese sentido por tratarse de un hospital de adultos.

Muchos autores sostienen que las P.A. alcohólicas ocurren en pacientes promedialmente más jóvenes, hecho no observado entre nosotros pues el promedio de edad de estos pacientes fue prácticamente el mismo (43 años).

En la serie de Bell (4) en cambio de 32 P.A. en pacientes de menos de 40 años 13 eran alcohólicas (40 %).

B) Sexo.

Existe en general una ligera predominancia en el sexo masculino (5). En nuestra serie 23 mujeres y 30 hombres, hecho aparentemente en contradicción con la mayor frecuencia habitual de la litiasis biliar en la mujer.

Michans (12) explica esto por el hecho de que la infección biliar sería más frecuente en el hombre; Bell (4) señala que en la litiasis coledociana es más frecuente la P.A. en el hombre que en la mujer.

No puede olvidarse por otra parte la mayor frecuencia del alcoholismo en el hombre. Las 10 observaciones de P.A. en alcoholistas de nuestra serie correspondieron al sexo masculino, mientras que en las que tenían una litiasis biliar no hubo diferencias manifiestas de sexo.

Evidentemente lo que inclina el porcentaje hacia el sexo masculino en nuestro medio es el alcoholismo.

C) Antecedentes patológicos.

En 23 casos existían antecedentes biliares: en 14 cólicos hepáticos; en 6 una litiasis biliar conocida; 3 pacientes tenían antecedentes de ictericia. En 10 existían claros antecedentes de alcoholismo, siendo en 3 de ellos de grado acentuado (en solo uno de ellos la exploración operatoria mostró una cirrosis hepática); estos 10 pacientes no tenían en cambio ningún antecedente biliar.

Seis registraban cuadros dolorosos anteriores posibles de catalogar como de P.A. leves.

Como antecedente inmediato fue muy frecuente una ingestión copiosa acompañada a veces de una abundante ingestión de alcohol.

D) Enfermedad biliar.

La patología biliar es seguramente la causa más frecuente de P.A. (16).

El 60 % de nuestra serie (32 casos) tenía una litiasis biliar y el 69,8 % (37) algún tipo de patología biliar.

En un 28,2 % la vía biliar estaba exenta de toda patología demostrable por la exploración operatoria y la colangiografía. Este último estudio se realizó en 31 pacientes, es decir en el 58,4 %.

Se registraron 9 casos de litiasis coledociana (16,9 %) que incluyen 3 litiasis papilares (5,6 %).

Tres casos de odditis (5,6 %): uno en forma pura, uno asociada a litiasis vesicular y otro a una litiasis coledociana.

Una vesícula fresa fue hallada en el 9,4 % (5 casos).

Analizaremos algunos de estos hechos.

La frecuencia de la litiasis biliar oscila en la mayoría de las estadísticas alrededor del 70-80 % (7, 9, 10, 11, 12, 13, 15) pero en algunas como en la nuestra es algo más baja (3, 5).

Baker (3) en Estados Unidos encuentra que en hospitales de pudientes el 60-80 % son P.A. en alcoholistas y solo 10-20 % en biliares, mientras que en hospitales de pobres las cifras se invierten: 10-15 % alcohólicas y 45-65 % biliares.

Persando en el mecanismo de Opie es que intentamos analizar la frecuencia de la litiasis coledociana y papilar. Ya señalamos entre nosotros una frecuencia de 16,9 % de litiasis coledociana.

Otros autores encuentran resultados variables: Leger (10) 14,5 %; Bell (4) en 179 casos de P.A. fatal solo 3 litiasis coledocianas

y 2 cálculos ampulares; Dreiling (7) afirma que la litiasis coledociana es 6 veces más frecuente en pacientes con P.A.; Maingot (11) 19 %; Weitz (18) en 14 casos de P.A. grave ningún cálculo coledociano.

En nuestra serie fallecieron 15 pacientes y uno solo de ellos tenía una litiasis coledociana.

Creemos que no se puede hablar de porcentajes de litiasis coledociana o papilar si no ha existido una exploración completa de la vía biliar, hecho poco frecuente en una operación por P.A. Seguramente su porcentaje debe ser mayor que el señalado habitualmente.

A pesar de no ser concordantes todos los datos de la frecuencia de la litiasis de la vía biliar principal en las P.A. parece que evidentemente ésta es mayor en esas circunstancias.

No se debe olvidar además que litiasis coledociana es sinónimo de argiocolitis, factor al cual Tejerina Fotheringham (15, 16) da una gran importancia patogénica. Lamentablemente no pudimos extraer de nuestra serie datos en ese sentido.

En cuanto a la litiasis papilar o vateriana ha sido también diferentemente apreciada: 3 casos de nuestra serie (5,6 %); para otros autores 4,9 % (15), 7 % (12).

Es probable también que su frecuencia sea mayor pues algunos de estos cálculos migrarían al duodeno y ello se acompañaría del cese de la crisis pancreática (1, 17).

Es sugestivo el hecho de que en nuestras P.A. en pacientes con litiasis vesicular, el 71 % de éstas correspondieron a cálculos pequeños, es decir aquellos con más posibilidad de migración.

El cuadro siguiente detalla la patología biliar hallada:

litiasis biliar ..	32	(60 %)
—litiasis vesicular pura	21	(39,6 %)
—litiasis vesicular y coledociana	6	
—vesícula fresa	4	
—litiasis coledociana	2	
—litiasis coledociana y odditis ...	1	
—odditis pura	1	
—litiasis vesicular y odditis	1	
—litiasis vesicular y vesícula fresa	1	
—vía biliar sana	15	(28,2 %)

Señalemos para terminar que mientras en nuestra serie hubo en 29 casos (54 %) una litiasis vesicular, se le efectuó una colecistomía o colecistectomía a 46 o sea un 86,7 % hecho que abre el camino a la discusión terapéutica.

E) Alcoholismo.

Ha sido en general menospreciado en nuestro medio como causa de P.A. Su frecuencia oscila dentro de amplias cifras, 17-75 % (7).

Howard (9) en 371 casos de P.A. encuentra 168 litiasis biliares y 94 alcohólicas (25 %); Bell (4) en pacientes de menos de 40 años un 40 %; Salmenkivi (13) da un 10 %.

En nuestra serie encontramos 10 casos de F.A. en pacientes con claros antecedentes de alcoholismo (18,8 %). La patología biliar hallada en estos pacientes fue: vesícula fresa 2; ooditis pura 1; litiasis biliar ninguna.

No registraban por otra parte ningún otro antecedente patológico salvo en tres cuadros dolorosos similares pero menos intensos y uno con antecedentes de probable ulcus duodenal.

Estos hechos deben llamar la atención y en nuestro medio ante una P.A. que ocurre en un hombre joven, alcoholista y sin antecedentes biliares, debe plantearse la etiología alcohólica. Se deduce la importancia de este hecho desde el punto de vista terapéutico.

F) Otras etiologías.

Como han sido señaladas por otros autores tales como hiperparatiroidismo, hiperlipemia familiar, esteroidea, etc., no han sido posible de detectar en nuestra serie, pero debemos aclarar que los pacientes no han sido estudiados con esa orientación diagnóstica.

En 6 observaciones no se pudo determinar un factor etiológico definido. 5 de ellos tenían antecedentes de cuadros dolorosos de abdomen superior (P.A.?); en 4 se completó la exploración operatoria con una colangiografía postoperatoria normal.

Resumiendo los datos hallados, en nuestro medio podríamos esquematizar las posibilidades etiológicas como se exponen en el siguiente cuadro:

Cada 10 pancreatitis agudas

—Con patología biliar		7
—con litiasis biliar	6	{ —coledociana —vesicular 5
—sin litiasis bilair	1	
		(ooditis, vesícula fresa).
—Alcohólica		2
—Desconocida		1

RÉSUMÉ

Facteurs étiologiques des pancréatites aiguës dans notre milieu.

Révision de 53 pancréatites aiguës dans les 10 dernières années, avec diagnostic corroboré par la laparotomie exploratrice ou par la nécropsie.

Analyse des facteurs étiologiques tels qu'ils apparaissent dans notre milieu et comparaison avec ceux présentés par d'autres auteurs. Les maladies de la voie biliaire occupent la première place (69,8 %), avec prédominance de la lithiase vésiculaire (54 %) et surtout celle de petits calculs (71 %). La lithiase cholédocienne atteint 16,9 % dont 5,6 % de calculs papillaires. L'alcoolisme, qui n'est guère pris en considération dans notre pays, apparaît comme un facteur étiologique important (18,8 %) avec nette prédominance chez le sexe masculin. On n'enregistre pas d'autres étiologies dans

cette série et dans 11,3 % des cas on ne put déterminer la cause de la pancréatite.

SUMMARY

Etiologic factors of acute pancreatitis in our environment.

Fiftythree cases of acute pancreatitis, which occurred in the last 10 years were reviewed, all with confirmed diagnosis by laparotomy or necropsy. The etiologic factors were analyzed as they appear in our environment and are compared with data published by other authors. In the first place we find biliary diseases (69.8 %) principally gall bladder lithiasis (54%), particularly the small stone variety (71 %). Common bile duct lithiasis was found in 16.9 %, with 5.6 % of papillar stones.

Although alcoholism is hardly considered in this country, it seems to be an important ethiological factor (18. %) mainly in males. There is no record of other etiologies and in 11.3 % it was not possible to determine the cause of pancreatitis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ACOSTA J, LEDESMA C: La migración de cálculos biliares como causa de pancreatitis. *Bol Trab Acad Arg Cir*, 55: 324, 1971.
- ANAVITARTE E: Pancreatitis aguda hemorrágica en un niño de 11 años. Tratamiento quirúrgico. Curación. *Bol Soc Cir Urug* 15: 179, 1944.
- BAKER RJ. Enfermedades quirúrgicas de urgencia en páncreas. *Clin Quir N Amer* 52: 239, 1972.
- BELL ET. Pancreatitis. *Surgery* 43: 527, 1958.
- BROCO P. Pancreatitis aiguës chirurgicales. Paris, Masson. 1926.
- DELGADO B, ZERBINO V. Pancreatitis postoperatorias de cirugía biliar. A propósito de 14 observaciones. *Rev Cir Urug* 35: 154, 1965.
- DREILING DA, JANOWITZ HD, PERRIER CU. Pancreatic inflammatory disease. New Lork. Harper and Row, 1964.
- HESS W. La pancreatitis crónica. Barcelona. Científico-Médica. 1970.
- HOWARD J. Etiología de la pancreatitis. *An Cir* 8: 110, 1960.
- LEGER L et BREHANT J. Chirurgie du Pancreas. Paris. Masson. 1956.
- MAINGOT R. Operaciones abdominales. Buenos Aires. Bibliográfica Argentina. 1957.
- MICHANS JR. Patología Quirúrgica. Buenos Aires. El Ateneo. 1961.
- SALMENKIVI K and ASP K. The ethiology and treatment of acute pancreatitis. *Ann Chir Gynec Fenn* 61: 281, 1972.
- STERLING JA. The Biliary Tract. Baltimore. Williams and Wilkins. 1955.
- TEJERINA FOTHERINGHAM W. Operaciones urgentes. Buenos Aires. El Ateneo. 1955.
- TEJERINA FOTHERINGHAM W. Tratamiento de la pancreatitis aguda. *Congr Urug Cir*, 189, 2: 137, 1967.
- VAYRE P, CHATELIN C, ROUX H. Les pancréatites aiguës au cours des migrations lithiasiques a travers la voie biliaire principale. *J Chir* 87: 141, 1964.
- WEITZ G. Frecuencia de la participación pancreática en la litiasis biliar. *Rev Inf Ter (Bayer)* 34: 13, 1961.

DISCUSION

DR. ALBERTO VALLS.— Este es un trabajo muy importante que muestra la experiencia de un cirujano que hace cirugía de urgencia. Nosotros vamos a comentarlo en base a que también hacemos cirugía de urgencia y estamos de acuerdo con lo que dice el doctor B. Delgado de que uno recuerda la experiencia y

cuenta que la mayoría de los enfermos que han hecho pancreatitis agudas y se han operado tienen litiasis biliar.

Ultimamente nosotros operamos una enferma con una pancreatitis aguda que empezó a hacer una ictericia, una enferma que tenía líquido bilioso en el vientre, que estaba el páncreas permeable y tenía un cálculo en la ampolla, es decir que sería el mecanismo de Opie.

En otro paciente encontramos otra pancreatitis aguda de carácter similar, fuimos llevados a la operación por el hecho de que la ictericia iba aumentando, ictericia secundaria a pancreatitis aguda. Otro hecho que hemos encontrado también es que a veces un enfermo hace una pancreatitis aguda y como afirmaba el Prof. del Campo, a determinada edad, sobre todo un hombre, si no tiene una litiasis biliar, en lo que hay que pensar es en un neoplasma de páncreas. El tumor, en uno de sus empujes necrosantes puede ser origen de una pancreatitis.

En general estamos en perfecto acuerdo con el doctor Delgado.

DR. BOLÍVAR DELGADO (cierra la discusión).

En primer lugar quiero agradecer los comentarios y voy a comentar algunas de las preguntas. Se me pregunta el porcentaje de mortalidad; en realidad no

lo tengo en este momento. Es evidente que la búsqueda de los factores etiológicos es el paso previo a discutir el tratamiento de las pancreatitis y el problema de la mortalidad y morbilidad. Pero eso evidentemente hay que adecuarlo a nuestro medio y es claro que con estas cifras que tenemos adelante no se puede pretender adecuar el mismo tipo de tratamiento a una pancreatitis aguda en un biliar con un cálculo enclavado en la papila o a un enfermo que tiene una peritonitis aguda. Las dos deben ser sometidas a tratamientos diferentes, y en ánimo de profundizar un poco más en los factores etiológicos hay que comprender que si en todas partes del mundo están descritas pancreatitis provocadas por factores que no son ni el alcoholismo ni la litiasis y que aquí no existe ninguno es porque aquí no lo hemos buscado.

Hay pancreatitis en el mieloma, en el hiperparatiroidismo, en los tratamientos con esteroides y en sesenta y seis situaciones más. Evidentemente se nos están escapando una serie de enfermos con pancreatitis cuya causa desconocemos y a los cuales siempre aplicamos un tratamiento encaminado hacia la probable etiología biliar. Es importante insistir en estas cosas.

Este es un tema que nosotros lo estamos trabajando hace tiempo, lo vamos a traer aquí y con otros encares en las próximas reuniones.