

Pancreatitis aguda: características clínicas y evolución de una cohorte

Acute pancreatitis: clinical characteristics and outcomes of a cohort

Ramiro Vargas Aignasse¹ , María Luz Fernández Bellone¹ , Facundo Ignacio Mandojana¹ ,
Rodrigo Antonio Gasque¹ , Fernando Andrés Alvarez¹ 

1. Universidad Católica de Córdoba. Clínica Universitaria Reina Fabiola. Servicio de Cirugía

Correspondencia: Ramiro Vargas Aignasse. Email: ramirovargasaignasse@curf.ucc.edu.ar

Resumen

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis aguda (PA) es una causa frecuente de internación por patología gastrointestinal, con evolución clínica variable, desde formas leves autolimitadas hasta cuadros graves con elevada morbimortalidad.

OBJETIVO: Describir las características clínicas, etiológicas, terapéuticas y evolutivas de una cohorte de pacientes con PA internados en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de PA internados entre mayo de 2018 y abril de 2025. Se analizaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio, terapéuticas y evolutivas mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS: Se estudiaron 138 pacientes, 64 (46,4%) varones y 74 (53,6%) mujeres, con mediana de edad de 44 años e IMC de 28,8 kg/m². El 34% tenía comorbilidades y la mortalidad fue del 1,4%. La etiología más frecuente fue litiásica (57,5%), seguida de idiopática (25%), hipertrigliceridemia (7,4%) y alcohol (5,1%). Según Atlanta 2012, el 80,4% presentó PA leve, el 18,8% moderadamente grave (PAMG) y el 0,7% grave (PAG). La mediana de internación fue de 5,5 días; el 8,7% requirió terapia intensiva. Se registraron complicaciones locales en 18,1% y sistémicas en 13%. El 76,1% recibió nutrición oral exclusiva, el 65,2% analgesia con AINEs y el 65,9% fluidoterapia con solución fisiológica. El 50% fue sometido a procedimientos, principalmente colecistectomía videolaparoscópica con colangiografía intraoperatoria.

CONCLUSIÓN: La mayoría evolucionó favorablemente bajo manejo conservador y seguro, en concordancia con la literatura internacional. Estos hallazgos aportan evidencia local para optimizar decisiones clínicas y adaptar guías a la práctica cotidiana.

Palabras clave: Pancreatitis Aguda; Clasificación de Atlanta; Relación Neutrófilo-Linfocito; Proteína C Reactiva; Comorbilidades.

Abstract

INTRODUCTION: Acute pancreatitis (AP) is a frequent cause of hospitalization for gastrointestinal pathology, with variable clinical evolution, from mild self-limited forms to severe conditions with high morbidity and mortality.

OBJECTIVES: To describe the clinical, etiological, therapeutic and evolutive characteristics of a cohort of patients with AP hospitalized in a tertiary care center.

MATERIAL AND METHODS: Observational, descriptive, retrospective study. Patients over 18 years of age with a confirmed diagnosis of AP admitted between May 2018 and April 2025 were included. Demographic, clinical, laboratory, therapeutic, and evolutionary variables were analyzed using descriptive statistics.

RESULTS: 138 patients were studied, 64 (46.4%) males and 74 (53.6%) females, with median age of 44 years and BMI of 28.8 kg/m². Thirty-four percent had comorbidities and mortality was 1.4%. The most frequent etiology was lithiasis (57.5%), followed by idiopathic (25%), hypertriglyceridemia (7.4%) and alcohol (5.1%). According to Atlanta 2012, 80.4% presented mild AP, 18.8% moderately severe and 0.7% severe. The median hospital stay was 5.5 days; 8.7% required intensive care. Local complications were reported in 18.1% and systemic complications in 13%. 76.1% received exclusive oral nutrition, 65.2% analgesia with NSAIDs and 65.9% fluid therapy with physiological solution. Fifty percent underwent procedures, mainly videolaparoscopic cholecystectomy with intraoperative cholangiography.

CONCLUSIONS: Most evolved favorably under conservative and safe management, in agreement with international literature. These findings provide local evidence to optimize clinical decisions and adapt guidelines to daily practice.

Keywords: Acute Pancreatitis; Atlanta Classification; Neutrophil-Lymphocyte Ratio; C-Reactive Protein; Comorbidities.

Introducción

La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad inflamatoria del páncreas que se caracteriza por una presentación clínica variable, que abarca desde episodios leves y autolimitados hasta formas graves asociadas con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), falla orgánica persistente y muerte^{1,2}. Constituye una de las principales causas de hospitalización por afecciones gastrointestinales y representa una importante fuente de morbilidad, especialmente en los pacientes que desarrollan complicaciones sistémicas^{2,3}.

En las últimas décadas, la incidencia de PA ha mostrado un incremento progresivo, vinculado en parte al aumento de la prevalencia de obesidad, colelitiasis y otros factores metabólicos². A nivel mundial, las tasas reportadas son variables, con valores entre 4,9 y 73,4 casos por cada 100.000 habitantes/año⁴. En Latinoamérica, la información epidemiológica disponible es heterogénea, con registros de 15,9 casos por cada 100.000 habitantes en Brasil, 28 casos por cada 100.000 habitantes en Perú y una prevalencia hospitalaria del 3% en México². En Argentina, existen reportes y estimaciones nacionales que mencionan valores de 13 a 45 casos por cada 100.000 habitantes⁵; sin embargo, no se identificaron estudios poblacionales recientes de alcance nacional que permitan precisar la carga epidemiológica actual de la

enfermedad. En cuanto a su presentación clínica, la PA predomina en formas leves y autolimitadas; no obstante, aproximadamente un 20–30% de los pacientes puede evolucionar a formas moderadamente graves o graves, asociadas a complicaciones locales, falla orgánica transitoria o persistente y mayor morbilidad^{2–4}.

El diagnóstico de PA requiere la presencia de al menos dos de los siguientes criterios: dolor abdominal característico, elevación sérica de las enzimas pancreáticas (amilasa o lipasa) por encima de tres veces su valor normal, y/o hallazgos patológicos compatibles en estudios por imágenes^{4,6}. En cuanto a su etiología, la litiasis biliar constituye la causa más frecuente, responsable del 40–70% de los casos, seguida por el consumo de alcohol (25–35%). Otras causas incluyen la hipertrigliceridemia (1–14%), las iatrogenias (3–5%) y las PA inducidas por medicamentos, que representan menos del 5% de los casos^{1–3}.

Su manejo terapéutico ha cambiado en los últimos años, debido en parte a una mejor comprensión de su fisiopatología, los avances en el soporte nutricional, y las mejoras en las técnicas mini invasivas para el abordaje de las complicaciones locales^{5,6}. Estos avances motivaron la realización del presente estudio, con el fin de conocer en detalle las características

clínicas, evolutivas y terapéuticas de nuestros pacientes.

Objetivo

Objetivo general: Describir las características clínicas y la evolución intrahospitalaria de una cohorte de pacientes adultos con PA internados en la Clínica Universitaria Reina Fabiola entre mayo de 2018 y abril de 2025.

Objetivos específicos: Caracterizar el perfil demográfico, clínico y etiológico de la población; describir la severidad según la clasificación revisada de Atlanta 2012⁴, así como la frecuencia de complicaciones locales y sistémicas; y analizar las estrategias terapéuticas implementadas junto con los principales desenlaces clínicos intrahospitalarios.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en la CURF basado en la recolección y análisis de datos clínicos de pacientes diagnosticados con PA internados entre mayo de 2018 y abril de 2025. La información se obtuvo mediante la revisión de historias clínicas y de una base de datos electrónica con carga prospectiva perteneciente al Servicio de Cirugía General de la institución. La CURF es un hospital de tercer nivel de complejidad, centro de referencia regional en cirugía digestiva, que recibe pacientes derivados de instituciones públicas y privadas de la provincia de Córdoba y del interior del país. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado de PA. El diagnóstico se estableció según guías internacionales, requiriéndose el cumplimiento de al menos dos de los tres criterios siguientes: (a) clínicos: dolor abdominal compatible; (b) bioquímicos: elevación ≥ 3 veces de amilasa y/o lipasas séricas; y (c) imagenológicos: hallazgos característicos en estudios por imágenes^{2,6}. Se excluyeron pacientes con antecedentes de pancreatitis crónica, historia clínica incompleta o con datos insuficientes para el análisis, así como aquellos menores de 18 años.

Se analizaron variables demográficas (edad, sexo, índice de masa corporal [IMC], comorbilidades mayores); clínicas (etiología de la PA, duración de la internación, ingreso a cuidados intensivos, severidad de la PA según la clasificación de Atlanta 2012⁴, complicaciones locales —colecciones pancreáticas o peripancreáticas, necrosis glandular, pseudoquistes— y complicaciones sistémicas —derrame pleural, insuficiencia renal aguda,

acidosis metabólica, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica [SRIS], falla multiorgánica). Asimismo, se registraron parámetros de laboratorio al ingreso (hemoglobina, recuento de glóbulos blancos, proteína C reactiva [PCR] e índice neutrófilo-linfocito [INL]), estrategias terapéuticas implementadas (tipo de soporte nutricional, esquema analgésico y fluidoterapia recibida) y procedimientos quirúrgicos o percutáneos realizados durante la internación.

Se aplicó estadística descriptiva. Las variables cuantitativas se expresaron como medias $\pm$ desviación estándar o como medianas e intervalos intercuartílicos (RIC), según su distribución evaluada con la prueba de Shapiro–Wilk. Las variables categóricas se presentaron como frecuencias absolutas y porcentajes. Dado el carácter descriptivo del estudio, no se realizaron análisis inferenciales ni exploración de asociaciones entre variables. Los datos fueron tabulados en Microsoft Excel® versión 16.0 (Microsoft Corp., Redmond, EE.UU.) y analizados con MedCalc® versión 22.023 (MedCalc Software Ltd., Ostende, Bélgica). Los datos faltantes de las historias clínicas electrónicas fueron manejados mediante análisis por casos disponibles. Para cada variable, las medidas descriptivas se calcularon utilizando el número de observaciones efectivamente registradas.

Consideraciones éticas

La presente investigación se desarrolló conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y a las normativas de Buenas Prácticas Clínicas definidas por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Asimismo, se dio cumplimiento a la Ley Provincial N° 9694 y a la Ley Nacional N° 25.326 de Protección de los Datos Personales de la República Argentina.

Se trató de un estudio retrospectivo, sin intervención directa sobre los pacientes ni manipulación de variables, por lo que se clasificó como una investigación sin riesgo. Dado que no se realizó ningún procedimiento experimental ni contacto con los sujetos de estudio, no fue requerido el consentimiento informado, en concordancia con la normativa aplicable para estudios de estas características.

Resultados

Durante el período de estudio se incluyeron 138 pacientes con diagnóstico confirmado de PA que

cumplían los criterios de inclusión. Del total, 64 eran de sexo masculino (46,4%) y 74 de sexo femenino (53,6%). La mediana de edad fue de 44 años (RIC: 37,8–47,8) y el índice de masa corporal (IMC) mediano de 28,8 kg/m² (RIC: 25,3–32,4).

En 47 pacientes (34,1%) se registraron comorbilidades mayores, siendo la diabetes mellitus la más frecuente (14,7%), seguida por enfermedad cardiovascular (5,9%) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (1,5%). La mediana de estancia hospitalaria fue de 5,5 días (RIC: 4–9), con ingreso inicial a la unidad de terapia intensiva en 12 pacientes (8,7%). (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de la cohorte.

Variable	Valor
Edad, mediana (RIC)	44 (37,8–47,8)
Sexo masculino, n (%)	64 (46,4%)
Sexo femenino, n (%)	74 (53,6%)
Índice de masa corporal, mediana (RIC)	28,8 (25,3–32,4)
Comorbilidades mayores, n (%)	47 (34,1%)
— Diabetes mellitus, n (%)	20 (14,7%)
— Enfermedad cardiovascular, n (%)	8 (5,9%)
— EPOC, n (%)	2 (1,5%)
Mortalidad, n (%)	2 (1,4%)
Estancia hospitalaria, mediana (RIC)	5,5 (4–9)
Ingreso a UTI, n (%)	12 (8,7%)

La etiología más frecuente fue la litiasica, presente en 80 casos (57,5%), seguida por la idiopática en 34 (25%). Otras causas incluyeron: hipertrigliceridemia (7,4%), consumo de alcohol (5,1%), causas iatrogénicas (3,6%), un caso de etiología autoinmune (0,7%) y otro de origen tumoral (0,7%). (Tabla 2).

Según la clasificación de Atlanta 2012⁴, 111 pacientes (80,4%) presentaron PAL, 26 (18,8%) PAMG y 1 paciente (0,7%) PAG (Figura 1). En total, 25 pacientes (18,1%) desarrollaron complicaciones locales, mientras que 18 (13,0%) presentaron complicaciones sistémicas.

Los parámetros de laboratorio al ingreso fueron: hemoglobina media de 13,8 g/dL ($\pm$ 1,7), recuento de glóbulos blancos mediano de 11.000/mm³ (RIC: 10.100–11.799), PCR

mediana de 11,5 mg/dL (RIC: 8–16,0) e INL mediano de 6,1 (RIC: 5–7,4).

En cuanto al soporte nutricional, 105 pacientes (76,1%) recibieron nutrición exclusivamente oral; 19 (13,8%) nutrición oral más parenteral; 12 (8,6%) una combinación de nutrición oral, enteral y parenteral; y 2 pacientes (1,5%) nutrición oral más enteral.

Tabla 2. Distribución por etiología de pancreatitis aguda

Etiología	n (%)
Litiasica	80 (57,5%)
Idiopática	34 (25%)
Hipertrigliceridemia	10 (7,4%)
Alcohólica	7 (5,1%)
Iatrogénica	5 (3,6%)
Autoinmune	1 (0,7%)
Tumoral	1 (0,7%)

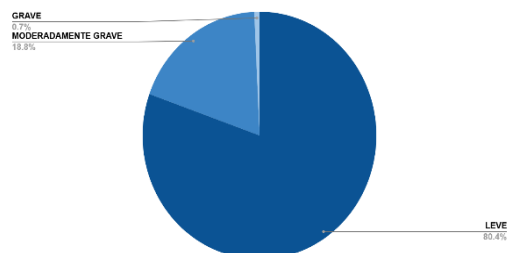


Figura 1. Distribución de severidad según clasificación de Atlanta 2012

Respecto al manejo analgésico, 90 pacientes (65,2%) recibieron únicamente antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), 23 (16,7%) una combinación de AINEs y opioides, y 25 (18,1%) AINEs más opioides asociados a otros fármacos (paracetamol, dipirona o esquemas de bomba). En relación con la fluidoterapia, 91 pacientes (65,9%) recibieron solución fisiológica (SF) como esquema exclusivo; 15 (10,9%) SF más dextrosa; 15 (10,9%) SF más Ringer lactato (RL); 12 (8,7%) solo RL; 4 pacientes (2,9%) RL más dextrosa; y 1 paciente (0,7%) otro esquema alternativo.

La mitad de los pacientes (n=69; 50%) fue sometida a algún procedimiento quirúrgico o percutáneo. Entre ellos, 55 (79,7%) recibieron colecistectomía videolaparoscópica con colangiografía intraoperatoria (CIO); 12 (17,4%) colecistectomía videolaparoscópica más CIO y coledocolitotomía transcística; 1 paciente (1,4%)

colecistectomía videolaparoscópica más CIO, coledocolitotomía y desmontaje de fístula colecistoduodenal; y 1 caso (1,4%) se resolvió mediante colecistostomía sin otro procedimiento agregado.

Se documentaron dos decesos en la cohorte (1,4%). El primero correspondió a un paciente anciano con múltiples comorbilidades que desarrolló PAG y falleció por falla orgánica múltiple. El segundo se debió a la evolución de una enfermedad oncológica de base en un paciente que presentó PAMG posterior a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

Discusión

En nuestra cohorte, la PA se presentó mayoritariamente en formas leves, con baja tasa de complicaciones y mortalidad, en concordancia con series internacionales^{4,6}. La mediana de edad fue de 44 años y el IMC mediano de 28,8 kg/m², lo que refleja una elevada frecuencia de sobrepeso y obesidad, condición asociada a mayor riesgo de evolución desfavorable y complicaciones locales¹⁰. Un tercio de los pacientes presentó comorbilidades, siendo la diabetes mellitus la más frecuente, lo que coincide con reportes que vinculan comorbilidad y peor pronóstico³.

Todos los casos fueron diagnosticados de acuerdo con los criterios clínicos, analíticos o imagenológicos establecidos en las guías internacionales, lo que asegura la homogeneidad diagnóstica de la población estudiada⁶. No obstante, debe considerarse que las manifestaciones clínicas como el dolor abdominal epigástrico o la presencia de náuseas y vómitos, pueden ser variables y, en algunos casos, atípicas. Del mismo modo, la elevación de amilasa o lipasa séricas menor a tres veces el límite superior de lo normal no excluye el diagnóstico de PA, mientras que concentraciones superiores a dicho umbral también pueden observarse en patologías no pancreáticas⁷, siendo en estos casos necesario complementar los hallazgos con estudios de imágenes: la ecografía abdominal (EA) puede orientar hacia la etiología biliar, mientras que la tomografía computada ofrece una mejor caracterización de la inflamación pancreática y/o peripancreática².

Las dos etiologías más frecuentes fueron la litiasis biliar y la idiopática. Este hallazgo difiere de lo reportado internacionalmente, donde la segunda causa es la alcohólica. Un metaanálisis de 46 estudios mostró que la etiología biliar representa el 42% de los casos, seguida por la alcohólica en el 21%⁸. En nuestra serie, la alcohólica se observó en sólo 5,1% de los

pacientes, porcentaje incluso menor al de la hipertrigliceridemia (7,4%). A nivel global, esta última se describe en el 1–14% de los casos y se asocia a niveles de triglicéridos >1000 mg/dL⁹. Pese a estas diferencias, la litiasis continúa siendo la principal causa tanto a nivel local como mundial, lo que obliga a descartar microlitiasis o barro biliar en pacientes con vesícula alitiásica mediante EA o estudios más sensibles^{2,6,8}.

Al momento de evaluar la gravedad de la PA, se han desarrollado múltiples modelos que incorporan factores clínicos, de laboratorio y hallazgos por métodos de imágenes, así como diversos sistemas de clasificación y biomarcadores séricos. Sin embargo, la mayoría carecen de sensibilidad y precisión suficientes y, en muchos casos, requieren de mediciones complejas o registros a las 48 horas del ingreso como la escala Ranson o el sistema APACHE II; lo que limita su utilidad para una predicción temprana de las formas graves de PA^{10,11}. Hoy por hoy, la clasificación revisada de Atlanta es la más difundida y aceptada mundialmente para establecer la severidad de la enfermedad, considerando a la falla orgánica persistente (>48 hs) como el parámetro determinante de las formas severas⁴. Al aplicar esta clasificación en nuestra cohorte, el 80,4% de los pacientes presentó PAL, el 18,8% PAMG y solo el 0,7% fue catalogado como grave, siendo estos hallazgos acordes a lo reportado en numerosas series^{10–12}. Por otra parte, la presencia de SRIS y diversos parámetros de laboratorio, como la PCR, la interleucina 6 (IL-6) y el INL, se han investigado como predictores tempranos de severidad en la PA. La PCR es el biomarcador más utilizado en la práctica clínica y valores superiores a 150 mg/L a las 48 horas del inicio de los síntomas se asocian a formas graves de la enfermedad^{13,14}. La IL-6, aunque menos disponible en la rutina, ha demostrado una elevada sensibilidad en fases tempranas, con niveles elevados que se correlacionan con el desarrollo de complicaciones y mortalidad^{15,16}. En cuanto al INL, múltiples estudios lo señalan como un marcador sencillo, de bajo costo y con capacidad para predecir la severidad y la necesidad de cuidados intensivos^{17,18}. La tasa de complicaciones locales (18,1%) y sistémicas (13%) se ubicó dentro de lo reportado en la literatura. La baja mortalidad observada contrasta con series donde las formas graves pueden alcanzar hasta 30%^{1,3}. Esto puede atribuirse a la rápida implementación de medidas de soporte, la detección temprana de complicaciones y la disponibilidad de terapia intensiva y cirugía especializada en nuestro centro.

El manejo terapéutico observado mostró concordancia general con las recomendaciones actuales. Más del 75% recibió nutrición oral exclusiva, estrategia vinculada a mejor evolución clínica y menor riesgo de infecciones⁶. La analgesia se basó principalmente en AINEs; sin embargo, la evidencia actual respalda también el uso de opioides como primera línea^{19,20}. En cuanto a fluidoterapia, predominó el uso de solución fisiológica, a pesar de que guías recientes y metaanálisis sugieren que el Ringer lactato ofrece mejor perfil metabólico y menor riesgo de complicaciones^{6,21,22}. Estos hallazgos subrayan la necesidad de actualizar protocolos institucionales. La resolución quirúrgica de la etiología biliar se realizó mediante colecistectomía laparoscópica en la mayoría de los casos, con colangiografía intraoperatoria sistemática. Esta práctica, no solo asegura la resolución del episodio agudo, sino que también reduce el riesgo de recurrencia y complicaciones asociadas a litiasis residual⁴. Un aspecto destacable de nuestro estudio es la amplitud y homogeneidad de la cohorte con una gran variedad de variables analizadas. Asimismo, el tratamiento instaurado fue concordante con las guías actuales, con un alto porcentaje de nutrición oral precoz, uso racional de analgesia multimodal y resolución quirúrgica definitiva de la litiasis biliar⁶. Estos aspectos, sumados a la baja mortalidad registrada en la cohorte, ponen de manifiesto la eficacia del abordaje diagnóstico y terapéutico implementado en nuestro centro. No obstante, deben reconocerse limitaciones inherentes al diseño retrospectivo y observacional del estudio. En primer lugar, la recolección de información dependió de la revisión de historias clínicas y de bases de datos institucionales, lo que puede conllevar omisión de datos, variabilidad en los registros y heterogeneidad en la consignación de algunas variables clínicas y de laboratorio. Para reducir este sesgo, se excluyeron los pacientes con historias clínicas incompletas o con datos insuficientes para el análisis; en el caso de variables con información ausente en forma aislada, se realizó un análisis por casos disponibles, sin imputación estadística de datos faltantes. Asimismo, la inclusión de pacientes internados en un único hospital de tercer nivel puede introducir sesgo de selección y limitar la extrapolación de los resultados a otros contextos asistenciales, afectando la validez externa. A pesar de haberse seguido protocolos institucionales, la indicación de fluidoterapia, analgesia y momento quirúrgico pudo depender en algunos casos del criterio de los equipos tratantes, lo que introduce heterogeneidad

terapéutica. Por último, la elevada proporción de casos clasificados como idiopáticos, actualmente mejor definidos como de causa desconocida, probablemente refleje la ausencia sistemática de estudios más sensibles como la ecoendoscopia, con posibilidad de sub diagnóstico de microlitiasis o barro biliar. Por estas razones, los hallazgos deben interpretarse como una caracterización clínica local, sin establecer asociaciones causales ni inferencias extrapolables a la totalidad de los pacientes con PA.

A partir de estos hallazgos, consideramos necesario impulsar investigaciones prospectivas y multicéntricas que validen en poblaciones más amplias las observaciones realizadas en esta serie. La evaluación sistemática de biomarcadores tempranos, en particular el INL, la PCR seriada y otros como IL-6 y procalcitonina, podría aportar herramientas pronósticas de gran valor para la práctica cotidiana. La elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad observada en nuestra cohorte sugiere la conveniencia de explorar en mayor profundidad la relación entre el síndrome metabólico y la evolución de la PA. Asimismo, resultaría de interés comparar de manera controlada los distintos esquemas de fluidoterapia. La implementación de métodos diagnósticos más sensibles permitiría reducir la proporción de casos clasificados como idiopáticos, y el seguimiento prolongado de los pacientes podría aportar información valiosa sobre recurrencias y complicaciones crónicas, favoreciendo la elaboración de guías regionales adaptadas a la realidad local.

Conclusión

La PA en nuestra cohorte se presentó mayoritariamente en formas leves, con baja tasa de complicaciones y mínima mortalidad. La litiasis biliar fue la causa predominante, seguida de la idiopática, mientras que la etiología alcohólica tuvo escasa relevancia en nuestra población. El manejo conservador con nutrición oral precoz, analgesia con AINEs y resolución quirúrgica de la litiasis biliar mediante colecistectomía laparoscópica resultó seguro y efectivo. Estos resultados aportan evidencia local para optimizar decisiones clínicas y adaptar guías internacionales a la práctica cotidiana.

Bibliografía

1. Papachristou GI, Machicado JD, Stevens T, Goenka MK, Ferreira M, Gutierrez SC, et al. Acute pancreatitis patient registry to examine

- novel therapies in clinical experience (APPRENTICE): an international, multicenter consortium for the study of acute pancreatitis. *Ann Gastroenterol* 2017; 30:106–13. <https://doi.org/10.20524/aog.2016.0109>.
2. Ocampo C, Kohan G, Leiro F, Basso S, Gutiérrez S, Perna L, et al. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2015;45:295–302.
3. A population-based cohort study on risk factors for acute pancreatitis: A comparison by age group. *Pancreatology* 2023; 23:321–9. <https://doi.org/10.1016/j.pan.2023.03.004>.
4. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut* 2013; 62:102–11. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-302779>.
5. Brahin, F. A., & Suarez Anzorena Rosasco, F. J. (2021). Estado actual del manejo de la pancreatitis aguda biliar. *Revista Argentina De Cirugía*, 113(SUPLEMENTO 2), 93–198.
6. International Association of Pancreatology Revised Guidelines on Acute Pancreatitis 2025: Supported and Endorsed by the American Pancreatic Association, European Pancreatic Club, Indian Pancreas Club, and Japan Pancreas Society. *Pancreatology* 2025. <https://doi.org/10.1016/j.pan.2025.04.020>.
7. Defining the diagnostic value of hyperlipasemia for acute pancreatitis in the critically ill. *Pancreatology* 2017; 17:176–81. <https://doi.org/10.1016/j.pan.2017.02.005>.
8. Zilio MB, Eyff TF, Azeredo-Da-Silva ALF, Bersch VP, Osvaldt AB. A systematic review and meta-analysis of the aetiology of acute pancreatitis. *HPB (Oxford)* 2019; 21:259–67. <https://doi.org/10.1016/j.hpb.2018.08.003>.
9. Scherer J, Singh VP, Pitchumoni CS, Yadav D. Issues in hypertriglyceridemic pancreatitis: an update. *J Clin Gastroenterol* 2014; 48:195–203. <https://doi.org/10.1097/01.mcg.0000436438.60145.5a>.
10. Yang CJ, Chen J, Phillips ARJ, Windsor JA, Petrov MS. Predictors of severe and critical acute pancreatitis: a systematic review. *Dig Liver Dis* 2014; 46:446–51. <https://doi.org/10.1016/j.dld.2014.01.158>.
11. Yang Q, Gao Y, Li Z, Zheng J, Fu H, Ma Y. Analysis of Risk Factors for Severe Acute Pancreatitis in the Early Period (<24 h) After Admission. *J Emerg Med* 2024;67:e1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2024.02.011>
12. Fagenholz PJ, Fernández-del Castillo C, Harris NS, Pelletier AJ, Camargo CA Jr. National study of United States emergency department visits for acute pancreatitis, 1993–2003. *BMC Emerg Med* 2007; 7:1. <https://doi.org/10.1186/1471-227X-7-1>.
13. Stirling AD, Moran NR, Kelly ME, Ridgway PF, Conlon KC. The predictive value of C-reactive protein (CRP) in acute pancreatitis - is interval change in CRP an additional indicator of severity? *HPB (Oxford)* 2017; 19:874–80. <https://doi.org/10.1016/j.hpb.2017.06.001>.
14. Cardoso FS, Ricardo LB, Oliveira AM, Canena JM, Horta DV, Papoila AL, et al. C-reactive protein prognostic accuracy in acute pancreatitis: timing of measurement and cutoff points. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2013; 25:784–9. <https://doi.org/10.1097/MEG.0b013e32835fd3f0>.
15. Heath DI, Cruickshank A, Gudgeon M, Jehanli A, Shenkin A, Imrie CW. Role of interleukin-6 in mediating the acute phase protein response and potential as an early means of severity assessment in acute pancreatitis. *Gut* 1993; 34:41–5. <https://doi.org/10.1136/gut.34.1.41>.
16. Sathyanarayan G, Garg PK, Prasad H, Tandon RK. Elevated level of interleukin-6 predicts organ failure and severe disease in patients with acute pancreatitis. *J Gastroenterol Hepatol* 2007; 22:550–4. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1746.2006.04752.x>.
17. Liang Y, Zhao X, Meng F. Procalcitonin, C-Reactive Protein, and Neutrophil Ratio Contribute to the Diagnosis and Prognosis of Severe Acute Pancreatitis. *Iran J Public Health* 2019; 48:2177–86.
18. Zhou H, Mei X, He X, Lan T, Guo S. Severity stratification and prognostic prediction of patients with acute pancreatitis at early phase: A retrospective study. *Medicine (Baltimore)* 2019;98: e15275. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000015275>
19. Thavanesan N, White S, Lee S, Ratnayake B, Oppong KW, Nayar MK, et al. Analgesia in the Initial Management of Acute Pancreatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *World J Surg* 2022; 46:878–90. <https://doi.org/10.1007/s00268-021-06420-w>.
20. Nelson AD, Lugo-Fagundo NS, Mahapatra SJ, Cheungpastiporn W, Thongprayoon C, Wijarnpreecha K, et al. A Systematic Review

and Meta-analysis of Opioids vs Nonopioids in Acute Pancreatitis. *Gastro Hep Adv* 2022; 1:83–92.

<https://doi.org/10.1016/j.gastha.2021.09.006>.

21. Zhou S, Buitrago C, Foong A, Lee V, Dawit L, Hiramoto B, et al. Comprehensive meta-analysis of randomized controlled trials of Lactated Ringer's versus Normal Saline for acute pancreatitis. *Pancreatology* 2021; 21:1405–10. <https://doi.org/10.1016/j.pan.2021.07.003>.

22. Hong J, Li Q, Wang Y, Xiang L, Zhou Y, Fan M, et al. Comparison of Fluid Resuscitation with Lactate Ringer's Versus Normal Saline in Acute Pancreatitis: An Updated Meta-Analysis. *Dig Dis Sci* 2024; 69:262–74. <https://doi.org/10.1007/s10620-023-08187-7>.

