

PANCREATITIS CRONICA (*)

Dr. Homero Cosco Montaldo

Presento la observación de una pancreatitis porque considero que da motivo a ciertos comentarios que deseo puntualizar.

Se trata de una enferma de 55 años, R. T. de V., enviada por el Dr. Angel Leira (San Antonio), que ingresa a la Sala 18 del Dr. Nin y Silva, el 22 de enero de 1952, con un cuadro típico de colecistitis datando de 22 días.

En efecto, el 1º de enero, después de ingerir carne de cordero muy condimentada, presenta dolor en hipocondrio derecho y epigastrio, con estado nauseoso, sin fiebre, sin vómitos y con orinas cargadas. Estas molestias se mantienen, con regresiones, durante 20 días, es decir, hasta dos días antes del ingreso, en que, de madrugada, acusa de nuevo un violento dolor de tipo cólico hepático con vómitos biliosos y orinas oscuras, lo que decide su hospitalización.

En los antecedentes se destaca una dispepsia hepato vesicular datando de 15 años que se manifiesta por discretos dolores en hipocondrio derecho. Nunca ha tenido un cólico hepático de la intensidad que motivó el ingreso.

El examen clínico revela una subictericia, febril de 38, pulso 84, presenta la semiología física de una colecistitis, es decir, dolor intenso a la palpación en hipocondrio derecho con mediana defensa.

En síntesis: enferma de 55 años, con dispepsia hepato vesicular datando de 15 años, que hace 22 días presenta un cólico hepático que repite hace 2 días, con subictericia, temperatura 38, dolor y defensa en hipocondrio derecho, que condicionan el diagnóstico de colecistitis posiblemente litiásica.

A la colecistografía no se visualiza vesícula.

Intervenida el 4 de febrero de 1952 (Dr. Cosco) con diagnóstico de colecistitis posiblemente litiásica, se comprueba (ver esquema) un estado normal de las vías biliares, es decir, vesícula de aspecto normal y sin cálculos, colédoco de paredes normales aunque un poco dilatado. Se practica el decolamiento retro-duodeno-pancreático y se palpa un páncreas

(*) Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía el 30 de abril de 1952, en la media hora previa.

duro, que toma cabeza y se extiende un poco sobre cuerpo, con los caracteres de una pancreatitis crónica. Biopsia del páncreas.

Además, al nivel del borde derecho de la segunda porción del duodeno se comprueba un proceso inflamatorio que asienta sobre la cara an-

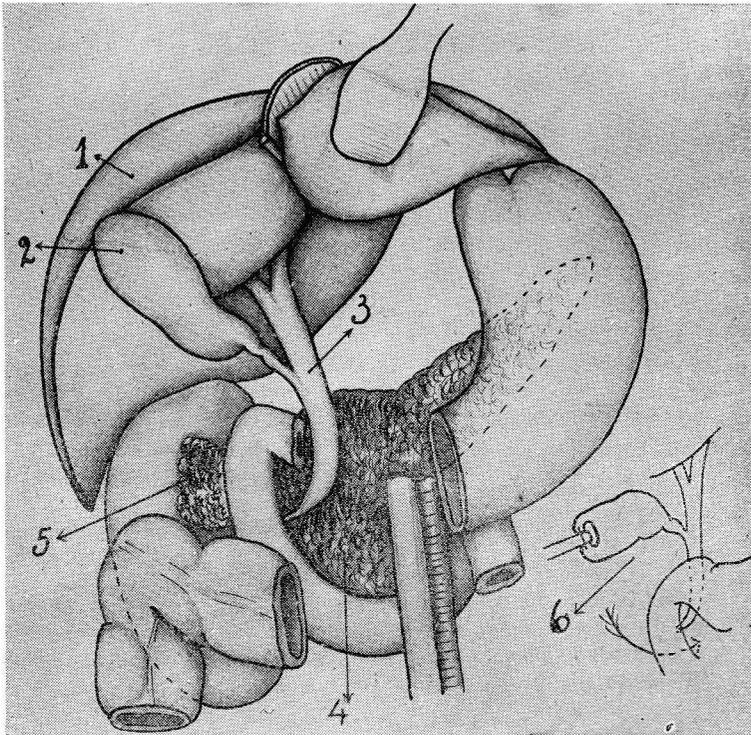


FIG. 1. — Caso R. T. de V. Comprobaciones operatorias. 1) Hígado normal. 2) Vesícula normal. 3) Colédoco de paredes normales, algo distendido. 4) Pancreatitis crónica cefálica que se extiende sobre el cuerpo (Biopsia confirmativa). 5) Núcleo de tejido friable, amarillento y necrosado sobre la grasa prerrenal, adherente a la segunda porción del duodeno y al mesocolon transverso. (Biopsia: esteatonecrosis). 6) Operación; 4 febrero 1952, Dr. Cosco. Colecistostomía.

La flecha indica decolamiento retro-duodeno-pancreático.

terior de la logia renal derecha constituido de tejido friable, amarillento, necrosado y sin pus, que adhiere al duodeno y al mesocolon transverso. Biopsia.

Frente al diagnóstico operatorio de pancreatitis crónica cefálica sin distensión del colédoco, se procede a practicar una colecistostomía de drenaje.

El post-operatorio transcurre con normalidad. Después del tercer día entra en apirexia.

Llama la atención la poca cantidad de bilis que drena el tubo de colecistostomía en el post-operatorio, que varía de 20 a 100 c.c. por día.

A los 10 días de operada se practica una **manometría vesicular** que revela una hipertensión de la vesícula y un buen vaciamiento con la inhalación del nitrito de amilo, pero que no arroja elementos de juicio importantes sobre el estado de la vía biliar principal.

A los 12 días se realiza una **colangiomanometría vesicular** sin mor-

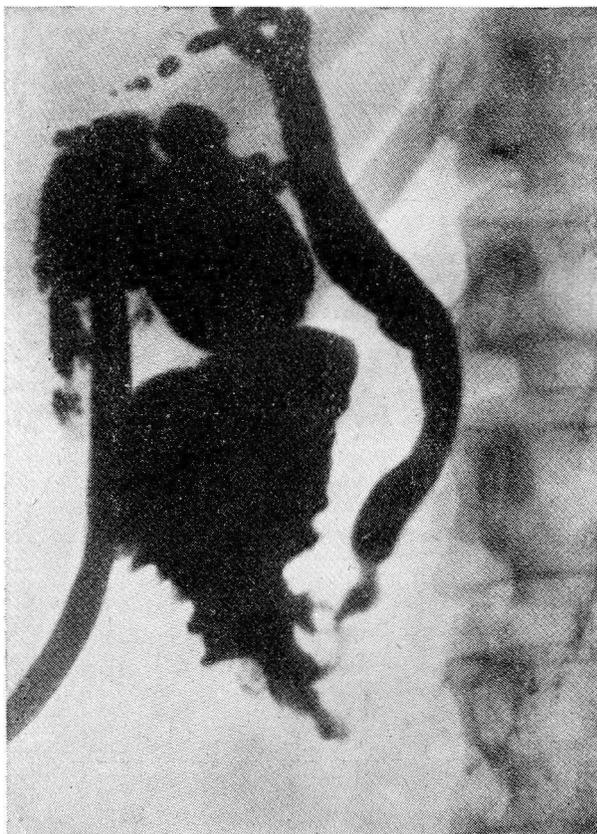


FIG. 2. — Amilo-colangiografía sin morfina previa. 3 de marzo de 1952, a los 30 días de operada. Ya se habían introducido 32 c.c. de Yodinol sin provocar dolor. Se observa una vía biliar principal ligeramente distendida; el colédoco inferior se presenta de calibre disminuido y retorcido en imagen de doble gancho. La estenosis no es total, apreciándose pasaje de Yodinol al duodeno y al estómago. El colédoco retropancreático se encuentra desplazado a izq. y angulado. Estas imágenes en doble gancho y de colédoco pancreático desplazado a la izq. se observan en las restantes radiografías seriadas.

fina previa para no alterar el esfínter de Oddi. Se introducen 10 c.c. de Hipurán y a presión de 21 se toma la primera placa; con 10 c.c. más de Hipurán y a presión de 22 se saca la segunda placa; 8 c.c. de Hipurán y 3ª placa a presión de 28; 10 c.c. de Hipurán y 4ª placa a presión de 22; nitrito de amilo a inhalar y 5ª placa a presión de 22. El Hipurán pasó lentamente e irritó provocando dolor.

Esta colangiomanometría evidenció una presión vesicular aumentada del punto de vista manométrico y puso de manifiesto un cístico largo y

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

tortuoso, un colédoco un poco dilatado y además los siguientes elementos de una pancreatitis crónica parcialmente estenosante: colédoco retropancreático desviado a izquierda, colédoco terminal estrechado parcialmente y retorcido con imagen en doble gancho, papila permeable con pasaje al duodeno, no reflujo en Wirsung.

A los 30 días de operada se repite **la colangiografía** pero con lipiodol, sin morfina previa con la siguiente técnica: 14 c.c. de Yodinol y 1ª placa sin dolor, 18 c.c. de Yodinol y 2ª placa sin dolor, inhalación de nitrito de amilo y 3ª placa. Se obtienen imágenes semejantes a las anteriores, pero más nítidas, de las cuales se presenta la fotografía de la placa N° 2.

El lipiodol pasa al duodeno.

La **biopsia pancreática** demostró una pancreatitis crónica productiva con atrofia de los lobulillos y páncreas endocrino normal. La **biopsia del proceso prerrenal** puso de manifiesto la presencia de focos de **esteato necrosis**.

Estos exámenes demuestran que la enferma tuvo una **pancreatitis aguda** (esteato necrosis) de la cual quedó una lesión residual de pancreatitis crónica.

El laboratorio mostró la ausencia de jugo pancreático en la bilis vesicular.

Con los datos colangiográficos de un aceptable pasaje al duodeno, con la evidencia de la poca cantidad de bilis que sale por el tubo de drenaje y el buen estado de la enferma, se decide sacar el tubo de colecistostomía a los 38 días de operada. La evolución ha sido satisfactoria y es vista en policlínica a los 2 ½ meses de operada sin manifestar trastorno alguno.

CONSIDERACIONES

En momentos en que se debate en el seno de esta Sociedad problemas ligados a la Cirugía del Colédoco, tales como la "Colédocotomía Ideal", en el curso de cuya discusión mantuve el valor de la exploración quirúrgica completa de las vías biliares y, en particular, del páncreas, relato este caso con la finalidad de comentar algunos aspectos.

1) Se presenta una enferma con síndrome clínico evidente de colecistitis caracterizado por dispepsia hepato vesicular desde hace 15 años y cólico hepático desde hace 20 días con subictericia y coluria y que, sin embargo la operación demuestra tratarse de

una pancreatitis cefálica con vías biliares normales, sin litiasis vesicular ni coledociana, sin lesiones aparentes en vías biliares, a excepción de una ligera distensión del colédoco, de donde se destaca el cuadro clínico de una *pancreatitis simulando una colecistitis* y la *importancia de la palpación del páncreas* en los enfermos de las vías biliares.

2) El diagnóstico quirúrgico de pancreatitis crónica es a menudo pasible de objeciones. Pero en este caso, además de la rigurosa palpación practicada previo decolamiento retro-duodeno-pancreático, la biopsia confirmó el diagnóstico, descartando otras posibilidades.

Por lo tanto, *la biopsia del páncreas es indispensable* para el correcto análisis y discusión de estos casos y debería practicarse con mayor frecuencia.

3) Esta pancreatitis crónica constituye la lesión residual de sufrimientos anteriores y de una *pancreatitis aguda* que tuvo lugar un mes antes. El diagnóstico está certificado por el análisis anatómo-patológico que revela esteatonecrosis en las lesiones inflamatorias comprobadas en la cara anterior del riñón derecho y sobre la margen derecha de la segunda porción del duodeno. De no haberse practicado un decolamiento retro-duodeno-pancreático, este núcleo inflamatorio y adherencial hubiera pasado inadvertido. Esto confirma que, dentro de la compleja cirugía de las vías biliares, *la tendencia a la máxima exploración quirúrgica* es una buena orientación que no debe ceder terreno frente a otras técnicas de exploración biliar.

4) Los estudios colangiográficos seriados post-operatorios realizados por medio de la colangiomanometría a los 12 días de operada y por medio de la amilocolangiografía a los 30 días, revelaron *imágenes de pancreatitis crónica*, es decir, colédoco terminal retorcido en imagen de doble gancho, estrechado pero sin estenosis completa, colédoco retropancreático desplazado a izquierda y angulado. Esta imagen fué evidente en algunas placas y en otras no; además no está representada en la iconografía.

De donde se deduce el *poco valor de la colangiografía no seriada* y el *reducido valor de la colangiografía no asesorada por la palpación del páncreas*.

5) La manometría vesicular ejecutada en dos oportunidades a través de una vesícula con cístico largo y tortuoso, demostró ser un método impreciso para obtener datos concretos sobre el estado del colédoco terminal.

6) La ausencia de amilasa en la bilis nos impide entrar en consideraciones sobre el reflujo pancreático biliar.

7) De realizarse en este caso solamente la manometría y colangiografía operatoria sin palpación del páncreas, el diagnóstico correcto no se habría planteado porque la manometría no arrojó datos de valor y la colangiografía expuso una imagen que no está representada en la iconografía publicada al respecto.

Por lo tanto, *el diagnóstico de hipertonia del Oddi o de pancreatitis crónica no es posible afirmarlo con la sola manometría y colangiografía, y menos con el solo explorador, si no se asocia a estas maniobras la palpación de la cabeza del páncreas previo decolamiento retro-duodeno-pancreático.*

8) Frente al diagnóstico operatorio de pancreatitis crónica sin ictericia y de acuerdo a nuestro criterio, se practicó una simple colecistostomía con resultado satisfactorio.

De acuerdo al concepto sustentado por otros colegas en esta Sociedad al plantearse el tema de "Colédocotomía Ideal", se hubiera realizado una colédocotomía y exploración interna de la vía principal sin previo decolamiento retro-duodeno-pancreático y, ante la resistencia del explorador al nivel del colédoco inferior, *se hubiera impuesto el diagnóstico de hipertonia del Oddi, u Odditis esclerorretráctil con la consiguiente duodenotomía y esfinterotomía, operación de mayor riesgo e innecesaria.* Se siguió el criterio de la escuela argentina con Bengolea y Velasco Suárez, frente a la orientación que propicia la escuela de Lyon.

9) La visualización colangiográfica del colédoco terminal, el pasaje al duodeno del líquido de contraste y la poca cantidad de bilis eliminada a través del drenaje vesicular en el post-operatorio, afirmaron la existencia de una *pancreatitis crónica estenosante, pero no total*, lo que permitió eliminar el drenaje vesicular al mes y 8 días con la seguridad de obtener una buena evolución clínica de la enferma.

RÉSUMEN

Se presenta un caso de pancreatitis aguda simulando una colecistitis, operada al mes de su comienzo, comprobándose vías biliares normales, esteatonecrosis prerrenal y una gruesa cabeza de páncreas, cuya biopsia demostró pancreatitis crónica.

La colangiografía post-operatoria revela un colédoco inferior estrechado y retorcido en doble gancho, pero sin estenosis total. La manometría vesicular no ofrece datos de valor. Se destaca la importancia de la correcta palpación del páncreas previo decolamiento retro-duodeno-pancreático, de la práctica de la biopsia del páncreas, de mantener la tendencia a la máxima exploración quirúrgica, de la dificultad del diagnóstico correcto de las afecciones del Oddi por medio del uso exclusivo de la manometría y colangiografía o con la sola colédocotomía y exploración instrumental, si no se asocia a ellas la palpación de la cabeza del páncreas, lo que evita inútiles duodeno-esfinterotomías y, por último, de la satisfactoria evolución con la colecistostomía, siguiendo el criterio de que el simple drenaje resuelve el problema de las pancreatitis crónicas no obstructivas.

Dr. HOMERO COSCO MONTALDO
Av. Fco. Soca 1361 — Montevideo