

PANCREATITIS RECIDIVANTE. — TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE COLEDOCO-YEYUNOSTOMIA (OPERACION DE ALLEN) (*)

Dres. Eduardo C. Palma, Leandro Zubiaurre y Julio Varela López

El tratamiento de las pancreatitis agudas y de las pancreatitis recidivantes constituye uno de los problemas más difíciles y aun no resueltos de la patología de esta glándula fundamental de la economía.

Desde el punto de vista quirúrgico, se han utilizado varios procedimientos diferentes sin que ninguno hasta el momento haya dado plena satisfacción.

Las diversas terapéuticas propuestas están basadas fundamentalmente en el concepto de que en la patogenia de esta enfermedad puede influir de manera importante, además de otros factores la hipertensión de los conductos pancreáticos con la posible ruptura de finos canaliculos y derrame intraglandular de jugo pancreático; también en la posibilidad del reflujo de bilis en los canales y la reactivación de las propiedades diastásicas del jugo pancreático.

Para evitar estas causas patógenas se ha tratado de impedir el reflujo biliar al sistema de los canales pancreáticos y a la vez disminuir la hipertensión intracanalicular.

En las pancreatitis agudas se ha preconizado el drenaje del colédoco y a veces el de la vía biliar accesoria, el bloqueo anestésico del simpático y la administración de Bantina.

En las pancreatitis recidivantes se han empleado diversos procedimientos, de los cuales el drenaje prolongado del colédoco

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa, el día 1º de octubre de 1952.

mediante un tubo de Kehr es probablemente el que ha dado mejores resultados. También se ha utilizado la colecistostomía, la colédoco-duodenostomía, la esfinterotomía del Oddi, la vagotonía, la gastrectomía sub-total, la pancreatectomía cefálica y la sub-total.

En un reciente caso de pancreatitis recidivante, hemos realizado la derivación interna total de la bilis, mediante una colé-



FIG. 1. — La radiografía contrastada muestra la dilatación duodenal y la deformación antral producidas por la tumoración pancreática.

doco-yeyunostomía término-terminal, obteniendo hasta el momento buenos resultados.

Presentamos esta observación, sin antecedentes en nuestro país, como una contribución inicial al conocimiento del tema, sin establecer por el momento conclusión alguna. Sólo la observación prolongada de un gran número de casos permitirá en el futuro sacar conclusiones sobre el valor del procedimiento y sus indicaciones.

Paciente E. R. de B., 46 años, ingresa al Serv. del Prof. Stajano el 27-VI-52, con un cuadro doloroso de vientre, a predominancia lumbar der. y en abdomen superior. Padecía de dispepsia hepática desde su juventud, hasta que hace 4 meses tuvo un cuadro agudo doloroso abdominal, con intensísimos dolores lumbares der. irradiados al hipocondrio y epigastrio, náuseas, vómitos, escalofríos, diarrea y gran decaimiento del estado general. Sus trastornos duraron 8 días, aliviándose penosamente con el tratamiento médico instituido. Quince días antes de su ingreso, se repitió el cuadro con mayor intensidad, consiguiéndose con

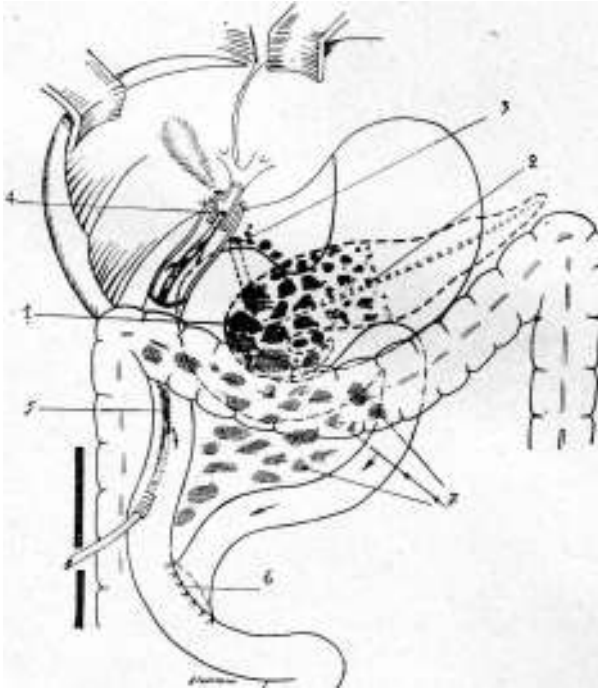


FIG. 2. — Esquema de las lesiones de necrosis pancreáticas y de la intervención efectuada. 1) Ampolla de Vater que recibe solamente jugo pancreático. 2) Canal de Wirsung. 3) Cabo distal del colédoco seccionado y ligado. 4) Colédoco - yeyunostomía sobre tubo. 5) Tubo de goma perforado, intra-yeyunal, a la Witzel, sostén de la colédoco yeyunostomía. 6) Yeyuno - yeyunostomía entre cabo distal de 1ª asa yeyunal y zona intermedia entre 2ª y 3ª asas yeyunales. 7) Placas de cito - esteato - necrosis.

el tratamiento médico sólo disminuir sus molestias. La paciente presentaba un estado general mediocre, desnutrida, apirética, palpándose una gruesa tumoración abdominal epigástrica y umbilical a predominancia der., dura, dolorosa, inmóvil, sonora a la percusión y con latidos aórticos transmitidos. Los exámenes mostraron como elementos anómalos, una anemia de 2.780.000 con 55 % de hemoglobina, una leucocitosis de 13.600, con 75 % de polinucleares y una colecistografía con imágenes de micromultilitias vesicular. La neumorradiografía retroperitoneal, combinada con la pielografía descendente, efectuadas por el Dr. J. C. Lorenzo, permitió comprobar la ausencia de alteración y desplazamiento renal. La enferma mejoró lenta y progresivamente con el reposo y el

tratamiento médico instituido, mejorando su estado general, disminuyendo sus dolores y trastornos funcionales, digestivos, reduciéndose su tumoración abdominal a la 1/3ª parte y llevándose su hemograma a 4.100.000 glóbulos rojos, con 85 % hemoglobina y una leucocitosis de 6.900. Fué operada el 12-VIII-52, comprobándose la existencia de una colecistitis crónica litiásica, con pericolecistitis; un páncreas muy engrosado y duro a nivel de su cuerpo y cabeza, con grandes placas de citoesteatonecrosis, algunas placas necróticas negruzcas, y gran infiltración



FIG. 3. — Colangiografía post-operatoria, efectuada a través de la sonda trans-yeyunal, viéndose el relleno de los canales biliares, la 2ª asa yeyunal y el buen funcionamiento de la anastomosis colédoco-yeyunal.

(pero sin hemorragias perceptibles); la tumoración pancreática recubría gran parte de la 3ª porción del duodeno; existían adherencias periduodenales, con dilatación acentuada de la 1ª, 2ª y 3ª porción del duodeno; el gran epiplón estaba muy engrosado, infiltrado, con numerosas placas de citoesteato necrosis y adherencias en el cuadrante abdominal superior der. En el pedículo hepático había también gran infiltración y placas de citoesteato necrosis estando ocluido el hiato de Winslow, hallándose el colédoco dilatado, con grandes adherencias y fibrosis peri-coledociana, pero sin mayor engrosamiento parietal y sin obstáculos en toda su extensión. Se efectuó la colecistectomía, el decolamiento retro-duodeno-pancreático, la liberación de adherencias, el aislamiento del colédoco,

que se seccionó transversalmente, ligándose su cabo distal junto al páncreas, y realizándose la anastomosis del cabo central a la 2ª asa yeyunal, mediante una colédoco-yeyunostomía término-terminal, transmesocólica, con un tubo de Nelaton perforado colocado como tutor central y exteriorizado distalmente a la Witzel. Se efectuó una yeyuno-yeyunostomía complementaria oblicuo-lateral, entre la terminación de la 1ª asa y la porción distal de la 2ª yeyunales.

La evolución post-operatoria fué sin incidentes, recobrándose progresivamente la enferma de todos sus trastornos. Al 6º día de la inter-



FIG. 4. — La colangiografía post-operatoria se ha completado con el estudio radiológico del estómago y primeras asas delgadas, que muestran el buen funcionamiento de la anastomosis yeyuno-yeyunal, entre 1ª y 2ª asas.

vención se alimentaba ya ampliamente, dentro del régimen de hepático, comiendo carne, etc.

La dosificación de diastasas en sangre efectuada el 21-VIII-52 mostró una lipasemia de 0.76 (Cherry Crandall) y una amilasemia de 0 mgr. 86 (Norby Legerlöf).

La colangiografía post-operatoria efectuada el 6-IX-52 a través de la sonda intrayeyuno-coledociana, mostró la buena permeabilidad y funcionalidad de la colédoco-yeyunostomía. Se dió al mismo tiempo barita por boca a la enferma, mostrando el estudio radiológico, el normal funcionamiento del estómago, duodeno, yeyuno y anastomosis yeyunoyeyunal.

El tubo fué retirado el 15-IX-52, cerrándose el trayecto en tres días. Actualmente la enferma se encuentra perfectamente, con buen estado general y sin trastornos funcionales.

Las razones por las cuales se efectuó el tratamiento antes descripto son las siguientes:

Las intensas lesiones existentes en la vesícula biliar contraindicaban la colecistostomía (aunque ella hubiera beneficiado transitoriamente a la pancreatitis) e indicaban la necesidad de efectuar una colecistectomía.

La colédocostomía con tubo de Kehr pudo haber beneficiado a la pancreatitis, por el drenaje biliar y la cesación de la hipertensión y posible reflujo bilio-pancreático. Sin embargo, la intensidad de las lesiones de la cabeza del páncreas, aún considerando como favorable su evolución futura, hacían temer su cicatrización fibro-esclerosa, con el peligro de la compresión secundaria del colédoco intrapancreático. Además, una vez que se retirara el drenaje del colédoco, volverían a restablecerse las condiciones anteriores, con el peligro de hipertensión biliar y reflujo bilio-pancreático, y la posibilidad de recidiva de la pancreatitis.

No efectuamos una colédoco-duodenostomía por el peligro de angicolitis, como consecuencia de la desaparición del esfínter terminal del colédoco, al nivel de la ostomía, y la posibilidad de infección y reflujo de jugos digestivos y alimentos a la vía biliar principal.

La colédoco-yeyunostomía término-terminal a asa larga, nos permitió en cambio independizar totalmente la vía biliar de la vía pancreática. El esfínter de Oddi y la ampolla de Vater reciben solamente el flujo pancreático que llega por el Wirsung, estando definitivamente interrumpido el colédoco intrapancreático. El flujo biliar pasa del colédoco suprapancreático a la 2ª asa yeyunal, que independizada del tránsito digestivo, actúa como un enorme colédoco suplementario, que vierte la bilis en el tracto digestivo por debajo del duodeno-páncreas, en la junción de 1ª y 3ª asa yeyunales. De esta manera se evita toda posibilidad de hipertensión biliar y reflujo o mezcla bilio pancreática, con su posible inter-activación de fermentos.

Además, la longitud de la 2ª asa yeyunal y su gradiente peristáltico hacia la periferia impide el reflujo de jugos o alimentos hacia las vías biliares, actuando de manera indirecta como esfínter terminal de la neoboca del colédoco.

La derivación interna de la vía biliar principal, tiene la ventaja sobre todos los drenajes externos prolongados, que evita la expoliación del organismo en proteicos, sales y ácidos biliares, vitaminas, minerales, etc. que traen siempre aparejada en mayor o menor grado.

La colédoco-yeyunostomía pone además a la enferma a cubierto del peligro futuro de éxtasis en la vía biliar principal, por compresión del colédoco intrapancreático, al producirse la cicatrización fibrosa de las lesiones de la cabeza del páncreas.

Finalmente, señalamos que hemos efectuado la colédoco-yeyunostomía transmesocólica, modificando la técnica de Allen, que la realiza en situación precólica. Esto tendría la doble ventaja de suprimir un puente yeyunal colocado delante del colon transversal, que podría interferir en su función, y a la vez que lleva el asa anastomótica por el camino más directo al pedículo hepático, evitando toda tensión y facilitando su funcionamiento. La yeyuno-yeyunostomía entre la 1ª asa yeyunal y el área entre 2ª y 3ª asas yeyunales, la efectuamos por una anastomosis oblicuo-lateral, en vez de término-lateral, como lo efectúa Allen. La anastomosis oblicuo lateral, ofrece varias ventajas: mayor amplitud de la boca anastomótica, mejor vascularización de los tejidos, más fácil progresión del quilo intestinal y disminución de las posibilidades de reflujo en la 2ª asa yeyunal.

Como dijimos anteriormente, esta presentación constituye sólo una nota previa sobre el tema. Sólo con un número importante de casos, observados durante largo tiempo, podremos en el futuro sacar conclusiones firmes sobre este procedimiento.

Dr. Prat. — Con gran satisfacción compruebo la orientación del profesor Palma al tratar ciertas lesiones de la terminación del colédoco y en este caso lesiones del tipo estenosantes, que han salvado el obstáculo de la cabeza del páncreas o del Vater, por una derivación colédoco-intestinal. Esta cirugía que han realizado tanto los alemanes, y que han practicado también los americanos, me parece una orientación muy buena, pero a pesar que esas operaciones las han hecho los principales cirujanos de Alemania y también los mejores de Estados Unidos, esta

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

táctica no ha tenido aceptación en el mundo quirúrgico mundial y menos en nuestro país donde recién se están haciendo estas intervenciones.

El profesor Palma ha hecho aquí la operación de Allen, vale decir, la colédoco-yeyunostomía. Ahora la cirugía alemana, sobre todo inspirada por Sasse, por Juraszk, por Florchen, etc., y especialmente el príncipe de la cirugía vienesa Finsterer, que ha practicado mucho esta cirugía y que recientemente pudo presentar este cirujano a la Academia de Cirugía de París, 233 casos con sólo 12 % de mortalidad y donde se declara entusiasta partidario de esta cirugía para todas las lesiones estenosantes del colédoco, sobre todo destacando el hecho fundamental de los mejores resultados y menor mortalidad como Popovici, de Rumania, que también ha practicado este método, presentó 86 casos, con una mortalidad de 7.60 % mientras que el drenaje de Kehr da la mortalidad de 25 %; por lo tanto no hay discusión ni comparación de la gravedad entre una cirugía y otra. Además los resultados de la cirugía de las anastomosis internas o colédoco-duodenostomía es superior a los otros procedimientos y no se explica porqué no se ha utilizado más esta cirugía de la derivación interna en el mundo quirúrgico, método que tiene resultados tan brillantes y sobre todo cuando son los cirujanos más brillantes de la cirugía alemana y austríaca los que la preconizan.

El doctor Palma hace la anastomosis del colédoco al yeyuno, los alemanes realizan esta cirugía con la anastomosis del duodeno al colédoco, la colédoco-duodenostomía y casi siempre la colédoco-duodenostomía látero-lateral. He tenido ocasión de hacer en algunos casos esta anastomosis y en un paciente el resultado fué brillantísimo; es el resultado más completo que he tenido en esta estenosis terminal del colédoco y me parece que ésta operación está claro, que después de haberla practicado muchas veces y tener experiencia en ella, puede el cirujano definirse por una técnica u otra; pero es indudable, me parece a mí, que el duodeno es mucho más limpio que el yeyuno y resulta una operación mucho más simple, una simple colédoco-duodenostomía, ya sea hecha en el borde o en la cara posterior del duodeno como la practican los austro-germanos. Creo que la colédoco-duodenostomía es más fisiológica, aunque precisamente Allen ha destacado todas las características fisiológicas y anatómicas de esta operación y considera más práctica y fisiológica la colédoco-yeyunostomía con exclusión del asa.

No tengo experiencia suficiente para inclinarme por una u otra anastomosis, pero me parece que es un método excelente para tratar las estenosis coledocianas.

Sin mayor confirmación aún considero que la colédoco-duodenostomía es más anatómica y en ese sentido me parece que es una operación más simple, menos grave que la operación de Allen, pero lo que deseo destacar sobre todo, es la orientación del profesor Palma al realizar esta operación de anastomosis de la vía biliar principal con el tubo digestivo en las lesiones estenosantes del colédoco inferior, operación que está realizando también en este momento el Prof. del Campo.

Me parece que es una práctica muy buena, excelente, si debemos tener en cuenta los datos y resultados de los ases de la cirugía alemana y vienesa.

Dr. Stajano. — Creo que el problema que ha planteado el doctor Palma es digno de contemplar. Es una cirugía de aliento que es menester puntualizar y si bien es cierto que las cosas que se hacen no siempre están probadas, una vía de investigación guiada por un concepto puede, al acumular hechos, abrir nuevas vías al conocimiento y ensanchar las aplicaciones de un método; hablo de las anastomosis tipo Roux en Y en el colédoco con anastomosis yeyuno-yeyunal. (Operación de Allen).

Es una intervención extraordinariamente ingeniosa y creo que tiene grandísimas ventajas frente a la colédoco-duodenostomía que sin duda es una operación a veces muy difícil y que da un porcentaje de mortalidad no despreciable, en manos de cirujanos que la hacen corrientemente, no resultando una operación sencilla, y sí una operación peligrosa.

No es sólo haciendo en las correctas y preciosas condiciones, el drenaje colédoco-duodenal como en las afecciones corrientes de litiasis, coledocianas, o fibrosis del colédoco, sino en otros casos, con otras indicaciones, que la derivación interna está indicada y en ese sentido voy a mostrar la colangiografía de un caso de dilatación congénita del colédoco en que hubo que hacer una derivación interna; le hice la operación de Allen, es decir la misma operación que hizo el doctor Palma con la diferencia que no seccioné el colédoco puesto que era imposible hacerlo, sino que hice anastomosis lateral en el colédoco y terminal en el yeyuno, drenando así la bolsa coledociana que estaba en retención casi permanente. Permitió así una evolución extraordinariamente brillante, y magnífica, drenando un colédoco con un Oddi espasmódico intermitentemente, haciendo ya la vida imposible, por intoxicación biliar progresiva. Esa enferma, mejoró con el drenaje interno de la operación de Allen. Y no le hice una colédoco-duodenostomía porque de la bibliografía de los casos que leí, de 180 casos que había publicados, el porcentaje de sobrevividos era extraordinariamente nefasto, puesto que se morían de hepatitis a variable plazo muchos de ellos. Me refiero con la misma indicación de mi caso.

Con motivo de la intervención del Allen, creo indicada esta operación de drenaje en las pancreatitis crónica y en el neoplasma de la cabeza de páncreas inextirpable, en que no es rara la posibilidad del error con el neoplasma, y ser una pancreatitis. Poseo un caso que operé en la sala hace un mes, con un estado de caquexia icterica por neoplasma importante, datando de cinco meses, al cual le hice la derivación yeyuno-vesicular por operación de Allen. Ese enfermo, hoy dado su estado, me hace dudar de su neoplasma. El doctor Cosco, dice que no está probado que en la pancreatitis aguda, esa indicación sea correcta.

Sin embargo, yo pienso con un concepto distinto, respecto al mecanismo y patogenia de la pancreatitis, y que la operación de Allen puede

tener un gran porvenir, que no es lo mismo decir que lo tenga. Pienso que lo puede tener, dado el concepto que he ido construyendo del mecanismo de las pancreatitis agudas. La primera que se presente en mis manos, le haré la operación de Allen en la vesícula, dado que toda pancreatitis da vesículas tensas, que uno trataba con el simple drenaje externo. Es lo único que nosotros hacemos en el curso de las pancreatitis; y tratamos el accidente, pero no hacemos absolutamente nada para evitar la redistensión biliar y la iniciación del cuadro a plazo variable.

Yo tengo así un caso reproducido tres años seguidos y las tres veces practiqué el drenaje vesicular, no podía hacer otra cosa, y esa vesícula tensa, a mi juicio es la desencadenante del drama pancreático. Esa distensión vesicular, que nosotros encontramos, está en el origen de ese drama pancreático intersticial, hemorrágico, edematoso, que configura el síndrome de la pancreatitis aguda. Si nosotros suprimimos o evitamos definitivamente esa injuria distensiva, podemos esperar a que no se reedite el terrible drama intersticial pancreático.

El mecanismo y la patogenia de la pancreatitis aguda, creo debemos centrarla alrededor del proceso biliar distensivo, agudo, que se hace por espasmo del Oddi o procesos canaliculares, que pueden accidentalmente, determinar la crisis vascular intersticial del páncreas con la dislocación funcional de los esfínteres, y los reflujos bilio-pancreáticos consecutivos.

Exhorto a los cirujanos a que mediten sobre esta derivación interna, que protege sin duda al árbol biliar de la infección y del reflujo alimenticio, mucho más que la duodeno-coledocotomía, y cuyas indicaciones se ensanchan en forma evidentemente útil y me parece que es un camino que nos permitirá salir de la encrucijada en el tratamiento curativo y profiláctico de las recidivas, en las pancreatitis agudas.

Dr. Cosco. — Agradezco al Dr. Palma el haber traído a la Sociedad de Cirugía el problema terapéutico del tratamiento de la pancreatitis crónica recidivante. Yo no voy a acompañar al Dr. Palma en la orientación quirúrgica seguida en este caso y le daré los motivos. Pero antes desearía preguntarle dos cosas: si se practicó colecistectomía o...

Dr. Palma. Eso es, colecistectomía.

Dr. Cosco. Gracias; y además observando la colangiografía retrógrada post-operatoria presentada se aprecia la longitud del asa yeyunal excluida, es decir, la comprendida entre la anastomosis colédoco-yeyunal y la yeyuno-yeyunostomía, dándome la impresión de alcanzar más o menos 20 cmts. Desearía conocer la longitud.

Dr. Palma. — 25 a 30 cmts., todo el asa yeyunal.

Dr. Cosco. — En primer término considero que esa intervención no está indicada en este enfermo por lo siguiente: la orientación fundamental de la práctica de la colédoco-yeyunostomía en la pancreatitis recidivante se basa en la finalidad de separar la bilis seccionando el

colédoco, para evitar el posible reflujo bilio-pancreático, siguiendo con ello los conceptos patogénicos defendidos por Opie, Archibald, y Doubilet y Mulholland, quienes admiten que el cálculo enclavado en Vater (Opie) o el espasmo de Oddi generan el reflujo de la bilis en el páncreas. Pero esta patogenia del reflujo como causa de la pancreatitis es una patogenia discutida y no demostrada. La prueba es que los últimos trabajos del 50, 51 y 52 preconizan, en el tratamiento de la pancreatitis recidivante, la gastrectomía sub-total con o sin vagotomía (Ricman y Colp) para evitar, con orientación patogénica y terapéutica completamente distinta, que el estímulo excesivo de la secretina provoque un aumento en la cantidad de jugo pancreático; esta secreción activa de jugo pancreático en los canales pancreáticos obstruidos por edema o estrechez provocaría la ruptura de los canales más finos y con ella la pancreatitis; la gastrectomía subtotal y la vagotomía, al reducir la producción de ácido clorhídrico disminuiría la secreción de secretina y, como consecuencia, quedaría reducido el flujo de jugo pancreático en los canales estrechados. Por lo tanto, la teoría del reflujo biliar como explicación de la pancreatitis es seductora⁶ pero no está demostrada. La prueba es que grandes cirujanos buscan otras soluciones patogénicas (Mallet-Guy, Bottin).

Además, en el caso que se presenta no está indicada la colédoco-yeyunostomía porque falta lo fundamental para plantear la posibilidad del reflujo, y es la demostración de que este enfermo pueda tener una comunicación bilio-pancreática. ¿Cómo se puede demostrar que este enfermo tiene comunicación bilio-pancreática, si sabemos que en el 40, 45 % de los casos de los enfermos no existe la comunicación común? ¿Cómo se puede resolver esta pregunta en este enfermo? No tiene solución. Tal es así que si este enfermo evolucionara bien, no podría afirmarse que constituye un caso favorable del tratamiento de la pancreatitis recidivante por la colédoco-yeyunostomía, dado que no se ha comprobado la posibilidad del reflujo de la bilis en el páncreas. Esa comprobación la obtuvieron Doubilet y Mulholland antes de practicar la esfinterotomía; en el acto quirúrgico provocan el espasmo del esfínter de Oddi inyectando ácido clorhídrico décimo normal por la sonda duodenal obteniendo el reflujo colangiográfico en el páncreas, en el caso de existir un canal común bilio-pancreático.

En el enfermo que se presenta falta esta comprobación fundamental, necesaria para admitir la patogenia del reflujo. Además de lo expresado, este enfermo no puede ser diagnosticado de pancreatitis recidivante ya que, si no estoy mal enterado, se decidió operarlo después de su segundo ataque, sin haber presentado crisis repetidas que condicionan esta denominación. Tampoco el primer ataque puede diagnosticarse de pancreatitis porque, si no estoy equivocado, no se hicieron unidades pancreáticas en el momento de las crisis agudas. ¿Se hizo unidades pancreáticas?

Dr. Palma. — Ya le dije al Dr. Cosco el otro día que no se habían hecho.

Dr. Cosco. — Es un elemento fundamental para el diagnóstico de pancreatitis la búsqueda de unidades pancreáticas. Hubiera sido lógico en este caso practicar un drenaje del colédoco y después una colangiografía post-operatoria para dejar establecida la existencia del reflujo al páncreas. Si el enfermo recidivara, recién entonces podría plantearse la colédoco-yeyunostomía. Además hay un elemento fundamental de técnica que no comparto y es el correspondiente a la longitud que debe tener el asa yeyunal excluido para evitar la colangitis. Pearse, al discutir la comunicación de Cole e Ireneus, expresó (1948), que nunca se había determinado con precisión cual era la longitud del asa yeyunal excluida necesaria para evitar el reflujo yeyuno-coledociano. Realizaron experiencias en perros demostrando que la regurgitación se produce en asas yeyunales de 25 cmts. de longitud. Cole preconiza longitudes de 60 cmts. Bowers, que presenta 5 casos de colédoco-yeyunostomía por pancreatitis recidivante utiliza asas de 50 cmts. Los 5 casos de Bowers no son probatorios y en uno de ellos la pancreatitis recidivó después de la colédoco-yeyunostomía.

En la cirugía de la estenosis del colédoco, la operación de Allen presenta complicaciones post-operatorias hemorrágicas y un 20 % de casos sin reparación.

Los argumentos expresados me obligan a no aceptar la colédoco-yeyunostomía en Y en el caso presentado por el Dr. Palma.

Dr. Palma. — Agradezco muy especialmente a los consocios que se han ocupado de esta modesta comunicación. El profesor. Prat con su larguísima experiencia en la cirugía biliar de nuestro país, nos trae su opinión y recuerda la intensidad con que la escuela alemana, y sobre todo con Finsterer, concede importancia al drenaje interno, siendo este último el creador y propulsor de la colédoco-duodenostomía, y quien tiene mayor número de casos en el mundo. Si bien este autor sigue obteniendo buenos resultados con el procedimiento, muchísimos otros autores han publicado casos de infección ascendente de la vía biliar principal. La carencia de esfínter en la colédoco-duodenostomía, la existencia de la llegada en cantidades masivas de alimentos al duodeno, en cada eyaculación antro-pilórica, con posibilidad de presión positiva momentánea en el duodeno, y en consecuencia el pasaje no solamente de secreciones, sino de cuerpos extraños a la vía biliar principal, hace que esta operación tenga numerosos opositores, y como bien dice el profesor Stajano, la colédoco-duodenostomía puede, como operación de más rápida realización, dar resultados y estar indicada en algunos casos, pero tiene sus serios inconvenientes.

Agradezco al profesor Stajano sus palabras de aliento y su espíritu amplio, que siempre ha demostrado al encarar problemas nuevos en la patología, y sobre todo al abrir su clínica a las personas jóvenes, (más o menos jóvenes) y con ideas de progreso. Debo decir que gracias a él he tenido la posibilidad de realizar muchos de mis trabajos. Conuerdo

completamente con él en su concepto que la colédoco-duodenostomía tiene peligros inmediatos y tardíos.

En lo que se refiere al pronóstico futuro de la colédoco-yeyunostomía yo creo que no tenemos suficiente experiencia, pero es indudablemente un hecho de observación frecuente la comprobación clínica de infinidad de casos que después de muchos años de sufrimiento de sus vías biliares, hacen pancreatitis secundariamente; puede discutirse el mecanismo patogénico, pero el proceso mórbido comienza muy a menudo por una afección biliar y termina por complicarse con una pancreatitis, y esas pancreatitis se hacen a menudo recidivantes, o crónicas. Esto es tan así, que hay cirujanos que han efectuado el drenaje externo de las vías biliares y han conseguido salvar casos agudos de pancreatitis; pero retirado el drenaje, se han repetido las crisis de pancreatitis o se han hecho crónicas o recidivantes.

El doctor Cosco discrepa con esta nueva orientación. Yo sé que el estimado doctor Cosco lo hace con muy firme convicción; pero creo que con esta intervención le va a pasar como con la colangiografía operatoria que expusimos en nuestra comunicación de colédocotomía sin drenaje y en la que él se mostró contrario a la colangiografía operatoria, siendo que en el momento actual ya es partidario de la colangiografía operatoria. Como él no tiene experiencia y no ha realizado ningún caso de colédoco-yeyunostomía, tiene una impresión hipotética de los hechos; cree teóricamente que es perjudicial y se inclina por la colédoco-duodenostomía, pero olvida que la colédoco-duodenostomía permite el reflujo de alimentos a las vías biliares, la infección ascendente y se complica de angiocolitis.

En lo que se refiere al concepto, yo creo que es interesante ver en el futuro, si es de valor o no, independizar las dos vías, la vía biliar y la pancreática. Con un mayor número de casos, estudiados lo más completamente posible, antes, durante y después de la operación, se podrán sacar conclusiones de gran valor.

Yo debo decir que recién se está en la etapa experimental, existiendo sólo los pocos casos clínicos publicados por Bowers. La operación de Allen, la colédoco-yeyunostomía con cateter, ha sido efectuada siempre por indicaciones surgidas de afecciones de las vías biliares. El mismo Allen no ha tratado de esta manera una pancreatitis aguda, ni recidivante. En la Mayo Clinic tampoco la han realizado en afecciones pancreáticas; el propio Cattell, máxima autoridad en cirugía pancreática, en Estados Unidos, tampoco la ha realizado en indicaciones pancreáticas.

Agradezco la atención de los consocios y en el futuro se aportarán nuevos hechos y nuevas conclusiones.