

PANCREATITIS RECIDIVANTE. — TRATAMIENTO (*)

Dr. Homero Cosco Montaldo

En las últimas reuniones de la Sociedad de Cirugía se presentó un caso de pancreatitis recidivante tratada por la colédocoyunostomía en Y de Roux.

Con la finalidad de comparar el valor de las distintas terapéuticas he seleccionado un caso de características clínicas similares correspondiente a una enferma ya presentada, a quien le solicité viniera a la reunión de hoy, después de 8 1/2 meses de operada.

Se trata de una enferma con larga historia de dispepsia hepatovesicular, con espaciados cólicos hepáticos, que hace 10 meses acusa una intensa crisis dolorosa en H. D. y epigastrio, que se repite con mayor violencia a los 20 días, lo que motiva su ingreso, con temperatura 38°, orinas colúricas, subictericia, defensa y dolor intenso espontáneo y provocado en H. D. y epigastrio, con hígado grande, lo que condiciona el diagnóstico clínico de colecistitis posiblemente litiásica.

Al mes y 4 días del cólico que motivó su ingreso la intervingo comprobándole, previo decolamiento retroduodeno pancreático, una cabeza y cuerpo de páncreas muy aumentados de volumen y consistencia, es decir, una intensa pancreatitis cefálica y corporal y un foco de cito-esteato-necrosis. Frente a estas lesiones de pancreatitis, las vías biliares se presentan normales, con vesícula y colédoco alitiásicos; solamente el canal principal se encuentra un poco aumentado de diámetro, como dedo meñique.

(*) Comunicación presentada a la media hora previa de la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 22 de octubre de 1952.

Colecistostomía. Además se extrae para biopsia un fragmento de cabeza de páncreas y un fragmento del tejido prerrenal, cuyos informes anatómo-patológicos confirman la existencia respectiva de una pancreatitis crónica productiva con atrofia de los lobulillos y de focos de esteato necrosis.

En el post operatorio se le practican: manometría y prueba de perfusión, colangio-manometría, búsqueda de amilasa en la bilis que es negativa, una nueva colangiografía. En éstas se lograron obtener precisas imágenes de un colédoco inferior estrechado en doble gancho por el proceso pancreático, estrechamiento filiforme que no alcanza a la estenosis completa. Además no se logra rellenar el canal pancreático a la colangiografía.

Visto el estado satisfactorio del pasaje de bilis al duodeno, clínica, manométrica y colangiográficamente, se retira el tubo al mes y 8 días de la operación.

Desde entonces hasta el momento, la enferma lleva 8 meses y 20 días sin haber acusado molestia alguna. Presento la enferma.

CONSIDERACIONES

Resumiendo: se trata de una pancreatitis recidivante con intensas lesiones inflamatorias pancreáticas certificadas en acto quirúrgico y por la biopsia, sin lesiones aparentes de la vesícula y del colédoco, que ha evolucionado satisfactoriamente durante 8 meses y 20 días con el simple drenaje vesicular.

Quiero comparar este caso con el presentado por el Dr. Palma para analizar el valor de las diferentes conductas quirúrgicas seguidas en ambos casos.

En el caso del Dr. Palma, se trataba de una enferma que, igualmente, había presentado dos crisis intensas, dolorosas de H. D. con gruesas lesiones macroscópicas del páncreas, citoesteato-necrosis y colecistitis litiásica, pero cuyo colédoco inferior estaba libre, como se pudo concluir luego de un fácil cateterismo de la papila. Se practicó una colédoco-yeyunostomía en Y, llevando 3 meses de satisfactoria evolución.

De la confrontación de ambos casos se destaca un hecho capital, consistente en la desproporción de las diferentes soluciones quirúrgicas adoptadas, ya que en un caso se practicó una simple colecistostomía y en el otro una operación de riesgo y trascendencia como la colédoco-yeyunostomía en Y.

En este tipo de enfermos, considero que la terapéutica de elección es el simple drenaje y no la colédoco-yeyunostomía, por las siguientes razones:

1) La colédoco-yeyunostomía en Y de Roux aplicada por primera vez a las pancreatitis recidivantes por Bowers (1) en marzo de 1948, a inspiración de Greenfield, es una operación grave y riesgosa.

El mismo Bowers expresa que ha sido criticada por ser demasiado extensa y radical. Reconoce que requiere 3 horas de operación y lo compara en cuanto a dificultad, no con una gastrectomía parcial simple, sino a una gastrectomía subtotal alta o a una gastrectomía total, expresando que no alcanza a la dificultad de una duodeno-pancreatectomía o a una anastomosis porto cava o espleno renal.

Como vemos, el autor se ve obligado, en su comparación, a elegir ejemplos entre las técnicas más difíciles de la alta cirugía moderna.

2) Porque la colédoco yeyunostomía es una operación patogénica, basada en la teoría del reflujo biliar en los canales pancreáticos. Para evitar el reflujo se secciona el colédoco y se anastomosa al yeyuno para que la bilis no pueda introducirse en el páncreas.

Esta patogenia de la pancreatitis no está definitivamente aceptada y es motivo de severas críticas.

Justamente en estos momentos, en los años 50, 51 y 52, tres conceptos patogénicos se defienden con entusiasmo en contra de la teoría del reflujo biliopancreático:

a) Richman y Colp (2) febrero 1950, sostienen la teoría de que el estímulo excesivo de la secretina, provoca un aumento de la cantidad de jugo pancreático, el cual al encontrarse frente a un canal pancreático obstruido por edema o estrechamiento por metaplasia o calcificación, provoca una pancreatitis. Para dis-

minuir el estímulo excesivo de la secretina practican la gastrectomía subtotal con o sin vagotomía.

b) Bottin (3) en 1951, niega con energía la patogenia del reflujo de bilis en el páncreas, basándose en que la bilis no contiene quinasa activante del tripsinógeno y en que, experimentalmente, la unión del colédoco con el Wirsung no provoca pancreatitis. Defiende la teoría del reflujo duodenal presentando documentos clínicos y radiográficos. Una gota de jugo duodenal puede activar 20 cc. de tripsinógeno.

c) Mc Cleery, Kesterson y Schaffarzick (4) 1951, afirman que el reflujo de bilis en los conductos pancreáticos ha influenciado larga y desgraciadamente la cirugía de las crisis recidivantes de pancreatitis. Admiten el origen psicogénico de la pancreatitis; ésta se produce porque la descarga vagal es acompañada de marcado aumento de la secreción pancreática asociada al espasmo de la apertura del conducto. Aconsejan la vagotomía.

Por lo tanto, 4 teorías patogénicas se disputan la primacía: 1) del reflujo bilio-pancreático; 2) de la excesiva estimulación de secretina con formación de excesiva cantidad de jugo pancreático que provoca hipertensión en canales pancreáticos estrechados; 3) el reflujo duodenal y 4) la teoría vagal.

3) Para que pueda ser considerada de manera científica la posibilidad del reflujo bilio-pancreático es necesario demostrar que el enfermo presenta una desembocadura común del colédoco y del Wirsung, ya que en el 50 % de los casos esta disposición no existe.

Esto lo obtienen Doubilet y Colp por medio de la colangiografía operatoria provocando el espasmo del Oddi con la inyección de ácido clorhídrico intraduodenal. Si existe canal común, el Wirsung se visualiza.

En el caso del Dr. Palma se desconoce la existencia de un canal común. Por lo tanto la teoría del reflujo no puede ser planteada y si el resultado de la colédoco-yeyunostomía en ese caso fuera favorable no es posible atribuirlo científicamente a la operación realizada.

5) Es una operación en la cual no hay experiencia.

Bowers presenta 6 casos en 1951, Poth (5) operó de esta

manera 1 solo caso. Los resultados de Bowers no son convincentes porque no existen pruebas de la existencia del canal común biliopancreático, porque la observación post operatoria es escasa oscilando de 3 meses a 1 año y medio y porque no está exento de complicaciones, ya que, en el caso 1, se observó flebotrombosis post operatoria; en el caso 2, recidiva post operatoria de pancreatitis; en el caso 4, extravasación de bilis en pared de abdomen; y en el caso 6, obstrucción duodenal parcial durante 2 meses.

Por todas estas consideraciones afirmamos que no debemos lanzarnos a la riesgosa práctica de la colédoco-yeyunostomía en Y, en el tratamiento de las pancreatitis recidivantes.

Apelamos al amplio criterio del Prof. Stajano y del Dr. Palma con la finalidad de que encuentren razonables estas reflexiones y acepten acompañarnos en el empeño de poner un compás de espera en su entusiasmo por esta operación.

Resumen

Se presenta una enferma de pancreatitis recidivante, tratada con simple colecistostomía, después de 8 meses y medio de evolución satisfactoria.

No consideramos indicada la colédoco yeyunostomía en Y en casos semejantes:

—porque esta intervención es grave y riesgosa, comparada en dificultad por su autor con la gastrectomía total;

—porque es una operación patogénica basada en la teoría del reflujo bilio-pancreático, patogenia no demostrada y arduamente combatida en el momento actual

—porque en el caso particular, en que se practicó la colédoco-yeyunostomía, se carecía del dato fundamental de la comprobación del canal biliopancreático común, cuya existencia sólo haría posible la defensa de la teoría del reflujo;

—porque es una operación sobre la cual existe escasa, dudosa y breve experiencia.

Se preconiza las operaciones de drenaje frente a la colédoco-yeyunostomía en Y en casos similares de pancreatitis recidivante.

BIBLIOGRAFIA

7. BOWERS. — Surgical Therapy for Chronic Pancreatitis. Surgery. 30; pág. 116. 1951.
2. RICHMAN y COLP. — Tratamiento de la Pancreatitis Crónica Recidivante por Gastrectomía Subtotal y Vagotomía. Anales de Cirugía. pág. 163. Febrero 1950.
3. BOTTIN. La nécrose aigüe du pancréas. Etiologie et patrogénie. Acta Gastroenterológica Bélgica. 14, 811. 1951.
4. McCLEERY, KESTERSON y SCHAFFARZICK. — A Clinical Study of the Effects of Vagotomy on Recurrent Acute Pancreatitis. Surgery. 30, pág. 130, 1950.
5. POTH. — Discusión de los artículos de Bowers y de McCleery, Kesterson y Schaffarzik. Surgery. 30, pág. 145, 1950.

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