

## COLEDOCO YEYUNOSTOMIA DE ROUX EN LAS PANCREATITIS RECIDIVANTES (\*)

### Sugerencia de la morfiamilo colangiografía como base para su indicación

Dr. Homero Cosco Montaldo

Ralph Bowers y Jack Greenfield (1) han propuesto la colédoco-yeyunostomía empleada en la reconstrucción de los conducto biliares por Allen (2) y Cole (3) y en el neo de la cabeza de páncreas por Whipple y Cattel como tratamiento de las pancreatitis recidivantes y en 1951 exponen los 5 primeros casos operados. La intervención consiste en seccionar el yeyuno a 70 cms. distal al ligamento de Treitz, seccionar el colédoco en la parte baja y anastomosarlo al extremo seccionado del segmento yeyunal distal término-terminal y en posición retrocólica. La operación se completa con una anastomosis yeyuno-yeyunal a 50 cms. por debajo de la anastomosis colédoco-yeyunal, para prevenir la colangitis por reflujo del contenido intestinal al colédoco.

### Consideraciones sobre la colédoco-yeyunostomía en Y como operación patogénica de la pancreatitis recidivante.

La colédoco-yeyunostomía en las pancreatitis recidivantes se basa en la patogenia del reflujo de bilis en el canal pancreático; para impedirlo se secciona el colédoco y se aboca al yeyuno.

La patogenia del *reflujo biliar* cuenta con entusiastas defensores y su trayectoria se puede sintetizar en tres nombres que marcan tres etapas: Opie, Archibald y Doubilet y Mulholland. Opie (4), en 1901, demuestra que un cálculo alojado en la ampolla

---

(\*) Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía del Uruguay en la sesión del 26 de noviembre de 1952.

de Vater provoca pancreatitis aguda por reflujo de bilis en los conductos pancreáticos. Archibald (5), en 1919, establece que idéntico resultado se obtiene con el espasmo del Oddi bajo la acción del ácido clorhídrico. Doubilet y Mulholland (6), en 1948, apoyan el mecanismo del reflujo consecutivo al espasmo del Oddi y la terapéutica de la sección del esfínter. La síntesis de los diferentes trabajos de Doubilet y Mulholland es la siguiente: el espasmo del Oddi provoca la pancreatitis y la sección del esfínter la cura.

Esta patogenia es objeto de numerosas críticas:

a) Se han observado *pancreatitis sin confluencia del Wirsung en el colédoco* [Delrío (7), Johnstone (8), Dardinski (9)].

b) La presión secretora del páncreas es igual o mayor que la hepática [Mann y Giordano (10), Dragstedt (11)] y las crisis de pancreatitis tienen lugar justamente durante la digestión, dos horas después de comer, cuando la presión secretora del páncreas es superior a la biliar, lo que *dificultaría el reflujo* [Harms y Gaster (12), Blain y Campbell (13)].

c) El reflujo de jugo pancreático en la bilis puede encontrarse sin causa patológica [Walters y Marshall (14)].

d) La colangiografía muestra con cierta frecuencia la visualización de los canales pancreáticos en sujetos sin antecedentes de pancreatitis y sin ocasionarles trastornos pancreáticos, como lo hemos demostrado. Confirman nuestra opinión Liedberg (15) y Colp y Doubilet (16).

Estamos de acuerdo con la conclusión que Tejerina Fotheringham (17), en el XIV Congreso Argentino de Cirugía de 1942: "Hasta el presente falta toda circunstancia que haga indiscutible el reflujo biliar como causa de la pancreatitis aguda en el hombre."

e) A veces el cálculo enclavado en el Vater, en lugar de favorecer el reflujo bilio pancreático, lo imposibilita, obstruyendo totalmente el Wirsung en su porción terminal. Delrío (7).

f) Sin necesidad de tratarse de un cálculo compresor, la bilis puede encontrarse imposibilitada de penetrar en el Wirsung por hallarse este canal completamente obstruido en su porción terminal, como en el caso relatado por el Dr. Del Campo (18).

g) La teoría del reflujo debe además enfrentarse con los

partidarios de las tres siguientes patogenias: 1) *obstrucción de los canales pancreáticos por metaplasia*, Rich y Duff (19) (que pone en duda Yotuyanagi (20) 1937) o como sostiene últimamente Richman y Colp (21) 1950, aceptando las experiencias de la secretina de Popper y Necheles (22), por edema o estrechez, preconizando la *gatrectomía subtotal y la vagotomía*, lo que reduce la producción de ácido clorhídrico y, con ello, disminuye la formación de secretina en el duodeno, y en consecuencia, menor flujo de jugo pancreático en los canales estrechados, y no ruptura de los canales más finos evitándose la pancreatitis. Partidarios de la misma patogenia, Delfor del Valle, Zinny y Eguía (23), en 1952, afirman que la pancreatitis crónica recurrente es consecuencia de la hipertensión intracanalicular pancreática producida por estrechez esclerosa del conducto de Wirsung y preconizan la papilotomía transduodenal; 2) *del reflujo duodenal*, defendida por Seidel (24) (1910), Leveuf (25) (1920), Grant (26) (1928), Wilkie (27) (1931), negada por Pearce (28) (1904), Guruchaga (29) (1942), es retomada con energía por Bottin (30) en 1951, quien critica la teoría del reflujo biliar puesto que la bilis no activa el tripsinogeno y porque sus ensayos experimentales demuestran que el reflujo durable de bilis en el canal pancreático no produce pancreatitis. Considera que todo fenómeno que ocasione la hipertensión y la estasis a nivel del carrefour duodeno-pancreático puede provocar el reflujo de jugo duodenal en el canal pancreático y la pancreatitis, ya que una sola gota es capaz de activar 20 cc. de tripsinogeno; 3) *pancreatitis por factor vascular y neurovegetativo, anafilaxis y alergia*, que últimamente Mallet Guy (31), Popper y Necheles (32), y Longo (33) retoman, atribuyéndole gran importancia al vaso-espasmo local y a la isquemia.

h) Existe la *pancreatitis por litiasis pancreática*, enriqueciendo últimamente Van Damme y Snoek (34) los 250 casos existentes en la literatura mundial, e

i) Existen *pancreatitis* demostradas por *enfermedades infecciosas* fiebre tifoidea, escarlatina y parotiditis.

**En resumen:** La colédoco-yeyunostomía en Y es una operación patogénica pues se propone curar la pancreatitis recidivante evitando el reflujo de bilis en los canales pancreáticos. Esta pa o-

genia no está demostrada y otras tres patogenias se defienden actualmente con energía, que llevan a la gastrectomía, operaciones nerviosas y bloqueo.

*En el momento actual, lanzarnos a la práctica de una operación grave como la colédoco-yeyunostomía en Y en base a la patogenia no demostrada del reflujo constituye una orientación que no podemos suscribir.*

### **Gruesas lesiones pancreáticas regresan con operaciones más simples.**

Bisgard <sup>(35)</sup> (1946) estudia pancreatitis crónicas con obstrucción total del colédoco, confirmadas por la colangiografía, que retrocedieron completamente luego del drenaje prolongado del colédoco.

Casos semejantes se han presentado, en que la larga supervivencia después del drenaje, obligó a sustituir el diagnóstico operatorio de neop por el de pancreatitis, como un caso personal.

Frazier, en 1937, informa sobre 238 casos de ictericia obstructiva por pancreatitis crónica, de los cuales el 80 % se encontraban vivos y bien de 1 a 10 años de la operación, por drenaje o derivación interna.

Tejerina Fotheringham y Torres <sup>(36)</sup> publican en 1949, una serie de 12 pancreatitis crónicas con estenosis del colédoco distal documentados por la colangiografía en los cuales la evolución demostró tratarse de procesos reversibles, que desaparecieron con el drenaje prolongado externo. Terminan afirmando que el drenaje biliar externo es el mejor recurso para mejorar las reacciones pancreáticas asociadas a procesos del extremo distal del colédoco. En general, *la clínica nos enseña que, con frecuencia, las lesiones pancreáticas son reversibles con el solo tratamiento de las lesiones colecisto-coledocianas y el drenaje biliar, sin requerir otros tipos de operaciones.*

### **Consideraciones sobre los casos de colédoco-yeyunostomía en Y presentados por Bowers <sup>(1, 37)</sup>.**

En Anales de Cirugía <sup>(1)</sup> presenta una casuística de 5 casos y en el Surgery <sup>(37)</sup> agrega un caso más, elevándose el total a seis operados.

La consideración que nos merece los seis casos de Bowers es, en resumen, la siguiente:

1) El tiempo de observación post-operatorio es muy reducido para extraer sólidas consideraciones (en caso 1, 2 años; en 2, 1 año; los tres restantes de 9, 8 y 4 meses). Priestley afirma que nuevas crisis pueden observarse después de una calma de 5 a 10 años del tratamiento operatorio.

2) Es una operación larga, grave y difícil, que el propio autor la compara con la gastrectomía total.

3) La mayoría presentan complicaciones post-operatorias: flebotrombosis, eventración, pancreatitis y obstrucción duodenal parcial.

4) La colédoco-yeyunostomía *no pone a cubierto de nuevas crisis de pancreatitis* ya que el caso 2 recidiva a los 9 meses de operado, alcanzando la amilasemia niveles similares a las crisis anteriores (de 300 mgrs.).

5) La mayoría de los casos presentados están estudiados de manera incompleta y desconcertante, ya que en el caso N° 1 con escolex en las materias fecales, no plantea la posibilidad de quiste hidático del hígado abierto en las vías y no se examina el hígado en la operación; en 3 casos la amilasemia es normal en el curso de las crisis de pancreatitis lo que es sorprendente; en 1 no se consigna la amilasemia; en 2 no se informa sobre el estado del páncreas; en ninguno se practica biopsia pancreática y en 3 casos no se consigna el estado del colédoco.

6) *En ningún caso se demostró la existencia de un canal bilio-pancreático común.* Por lo tanto: *operación de experiencia escasa, difícil y grave con frecuentes complicaciones, que no evita la recidiva, defendida con casos poco convincentes* y cuyos resultados son *imposibles a tener en cuenta* por no presentar la previa demostración de una comunicación común bilio pancreática.

### Consideraciones sobre el caso presentado por el Dr. Palma.

Además de las objeciones expresadas a la colédoco-yeyunostomía en Y, el caso presentado por el Dr. Palma requiere las siguientes consideraciones:

a) *No puede ser considerado como una pancreatitis recidivante* porque, de acuerdo a Priestley (<sup>38</sup>), tal denominación co-

responde a las que hayan presentado *repetidos* ataques de pancreatitis aguda o subaguda, no asociada con insuficiencia pancreática externa o interna o a modificaciones crónicas extensas de la glándula con calcificación difusa; su caso sólo presentó dos crisis dolorosas: una primera sin diagnóstico por falta de unidades pancreáticas y una 2ª después de la cual se opera;

b) *Se ha omitido la demostración fundamental de la existencia del canal común bilio-pancreático*, que constituye el mínimo exigible para que la patogenia del reflujo pueda plantearse. En el 50 % de los casos no existe desembocadura común del Wirsung en el colédoco y la colédoco-yeyunostomía no tiene ninguna indicación. Doubilet y Mulholland (39) siempre la buscan en el acto quirúrgico antes de realizar la esfinterotomía y expresan categóricamente: "la esfinterotomía endocolodociana debería ser el procedimiento quirúrgico definitivo en el tratamiento de las pancreatitis agudas recidivantes, si el reflujo de bilis en el páncreas a través de un canal común bilio-pancreático *puede ser demostrado*."

c) *La longitud de 25 cms. del asa yeyunal excluída* no cumple con los requisitos exigidos para evitar los peligros de la colangitis post-operatoria, que provoca el reflujo del contenido intestinal dentro de las vías biliares. Cole, Reynolds e Ireneus (3), puntualizaron esta complicación. Pearse (40) con asas de 25 cms. comprobó colangitis. Pearse, Radakovich y Cogbill (41) en su estudio experimental concluyen en que la regurgitación se produce en asas yeyunales de 25 cms. Cole (3), aconseja que el brazo yeyunal aislado debe tener, por lo menos, una longitud de 60 cms. y Bowers (1) utiliza un asa desfuncionalizada de 50 cms. *En conclusión*: El asa yeyunal del brazo en Y debe tener una longitud de 50 cms. a 60 cms. para evitar el reflujo y la colangitis y *en el caso presentado la longitud fué de sólo 25 cms.*

d) La técnica empleada es más compleja y difícil que la preconizada por Bowers ya que separa el colédoco de todo el pedículo hepático para seccionarlo alto, en lugar de la sección en la parte baja.

Las reflexiones anotada nos permiten deducir que, el caso presentado, por sus fallas expresadas, no tiene valor estadístico para considerar la eficacia de la colédoco-yeyunostomía. Científicamente no se debe afirmar que la curación, en caso de producirse,

haya sido determinada por la operación, pudiéndose atribuir el buen resultado a la retrocesión frecuente de las lesiones pancreáticas, o al buen efecto de la denervación operatoria del colédoco.

**Aporte personal al problema de la pancreatitis. Demostración colangiográfica de la comunicación bilio - pancreática.**

Personalmente nos hemos orientado en el problema de las pancreatitis enfocando distintos aspectos: patogenia, unidades pancreáticas, exploración operatoria del páncreas, tratamiento, comprobación post-operatoria del estado del colédoco inferior y demostración de la existencia del canal común bilio-pancreático.

1) *Experimentación.* — Hemos practicado ligaduras en el perro de uno y ambos canales pancreáticos sin obtener pancreatitis, lo que contradice el concepto de Rich y Duff. La inyección simple de bilis en el canal pancreático no provoca pancreatitis, con lo que se confirma lo mantenido por varios autores y últimamente por Bottin; se obtiene pancreatitis cuando se introduce bilis a presión en los canales pancreáticos y se ligan éstos a continuación, confirmando la confluencia patogénica de múltiples factores: reflujo, hipertensión y obstrucción.

2) *Unidades pancreáticas.* — Relacionado con el problema de la patogenia de las unidades pancreáticas aumentadas en la orina en las pancreatitis (pasaje previo a la sangre o por pasaje directo al duodeno), las experiencias con simple ligadura al no demostrar aumentos apreciables, no apoyan la teoría de la obstrucción.

3) *Exploración operatoria del páncreas.* — La necesidad de fiscalizar de manera estricta el estado del páncreas nos ha llevado a ejecutar el decolamiento retro-duodeno-pancreático sistemático en la cirugía de las afecciones bilio-pancreáticas asociadas a las afecciones biliares. Unas veces son pancreatitis extendidas, pero en la mayoría de los casos hemos observado pequeños nódulos de pancreatitis cefálicas localizados alrededor de la desembocadura del Wirsung y que denominamos pancreatitis periwirsungiana en moneda. Parecería indicar que existe un proceso inflamatorio canalicular que comienza a nivel del extremo duodenal del Wir-

sung para extenderse hacia la cola. Hemos observado además, casos de pancreatitis secundarias a úlcera duodenal perforada en el páncreas, dando síndrome vesicular y coledociano en enfermos sin lesiones aparentes de las vías biliares. Por lo tanto, la infección pancreática puede ser originada por mecanismos distintos.

4) *Tratamiento operatorio.* — El tratamiento de la litiasis seguido del drenaje biliar asociado al tratamiento antibiótico intenso nos ha proporcionado evoluciones muy satisfactorias en el curso de pancreatitis aguda y recidivantes.

5) *Estudio post-operatorio del estado del colédoco inferior.* Por medio de la colangiografía, con o sin fármacos, y de la manometría, hemos procedido a la comprobación del estado del colédoco terminal, tanto del punto de vista de la disminución de su calibre por la pancreatitis, como de su estado evolutivo, concluyendo en la poca frecuencia de las estenosis marcadas del colédoco inferior y la recuperación del calibre normal a expensas del drenaje prolongado, confirmando las observaciones de Tejerina Fotheringham y de Mallet Guy. Esta noción de la reversibilidad de las lesiones pancreáticas estenosantes adquiere jerarquía para el enfoque de la indicación de la colédoco-yeyunostomía. *Los resultados de la experimentación, unidades pancreáticas, exploración operatoria del páncreas, técnica quirúrgica y estudio del estado del colédoco inferior en las pancreatitis serán motivo de próximas comunicaciones.*

6) *La demostración del canal común colédoco-wirsungiano en las pancreatitis crónicas por medio de la morfi-amilo-colangiografía.* — Dada la importancia capital que para la indicación posible de la colédoco-yeyunostomía presenta la demostración previa de la existencia de un canal común bilio pancreático, nos hemos esforzado por obtener un método que, de manera simple, rápida y segura nos ofrezca este dato fundamental. Lo hemos logrado por medio de la práctica del método de la morfi-amilo-colangiografía propuesto en el 2º Congreso Uruguayo de Cirugía de 1951. El reflujo del líquido de contraste en el Wirsung se obtiene de manera clara, fácil y precisa, cuando el canal común está presente.

Con esta orientación los casos de pancreatitis crónicas sometidos al tratamiento del drenaje fueron estudiados colangiográficamente en el post-operatorio, obteniéndose en unos la visualización del Wirsung y en otros no, apoyando la conclusión de que la patogenia del reflujo no puede aceptarse de manera definitiva, ya que *existen casos de pancreatitis sin canal común bilio-pancreático o con los canales pancreáticos excluidos*. Los dos casos que presento a continuación constituyen ejemplos típicos de pancreatitis con o sin canal común. Ambos con intensas lesiones de pancreatitis, en los cuales, en uno se logró visualizar el Wirsung y en el otro no, a pesar de provocarse el espasmo del esfínter de Oddi por medio de la morfina. Por otra parte, se ha llegado a la evidente conclusión de que *el reflujo bilio-pancreático constituye un fenómeno sin repercusión clínica*. Ninguna de las colangiografías con visualización del Wirsung fueron seguidas de pancreatitis y las unidades pancreáticas se conservaron normales. El uso de nuestro método, la experiencia obtenida y el criterio firme que con respecto a la colédoco-yeyunostomía en las pancreatitis recidivantes mantenemos, consistente en que, para ser juzgada en sus resultados, esta operación patogénica debe llenar el mínimo científico imprescindible de la demostración del canal común bilio-pancreático que permita justificar la posibilidad de la patogenia del reflujo biliar, nos ha llevado a seguir las siguientes normas operatorias y post-operatorias en las pancreatitis recidivantes.

a) *En el operatorio*. — En un primer tiempo efectuamos el tratamiento de la litiasis con el drenaje de la vía biliar, es decir, practicamos decolamiento retroduodeno pancreático, balance sistemático por la inspección y palpación de la vesícula biliar, colédoco, Vater, páncreas, duodeno y del hígado; extracción de los cálculos coledocianos con la maniobra del dragado biliar apoyado para los cálculos coledocianos bajos o enclavados en la ampolla de Vater, cateterismo de la ampolla de Vater y, si es necesario, dilatación instrumental del Oddi. Si la pancreatitis ha estenosado o no el colédoco inferior, procedemos de igual manera confiando en la regresión del proceso inflamatorio pancreático. Liberado el colédoco de cálculos, se termina practicando una colecistostomía o colecistectomía con drenaje de Kehr en

colédoco. Antes de cerrar, biopsia del páncreas. Este drenaje se mantendrá durante un mínimo de un mes y medio a seis meses, llevándose a cabo el tratamiento antibiótico, el tratamiento médico de drenaje biliar, el tratamiento de reposo del páncreas y cultivos de bilis.

b) *Post-operatorio*. — Durante el post-operatorio se estudia el esfínter de Oddi por medio de la manometría y la colangiografía.

Es en estos momentos que estamos en condiciones de obtener el dato fundamental de la existencia de la vía común bilio-pancreática, aplicando la técnica que propiciamos de la morfi-amilo-colangiografía. La morfina provoca el espasmo del Oddi y si existe una vía común se obtiene el reflujo de la sustancia de contraste que rellena a contracorriente el Wirsung.

Se obtendrá el dato, no sólo de la existencia de un canal común de valor para la colédoco-yeyunostomía en Y, sino también, a qué nivel de la papila el Wirsung desemboca en el colédoco, de valor para la ejecución de la esfinterotomía. Si al retirar el drenaje de Kehr la *pancreatitis recidivara* el cirujano se enfrentará a un 2º tiempo operatorio; con los datos obtenidos con la morfi-amilo-colangiografía *podrá elegir con mayor criterio la operación a ejecutar*, de acuerdo a su tendencia: la duodeno-colecotomía, la gastrectomía con vagotomía, operaciones nerviosas, la esfinterotomía conociendo la longitud del corte a realizar, o la colédoco-yeyunostomía en Y, en los casos de canal común demostrado. No compartimos la idea de practicar estos últimos tratamientos en el curso de la primera operación de una pancreatitis. Los cirujanos partidarios de ello deben obtener un dato de valor, como la distancia de abocamiento del Wirsung para los que ejecutan la esfinterotomía y un dato absolutamente necesario, como la existencia de un canal común para los que propician la colédoco-yeyunostomía en Y, lo que requiere la visualización *operatoria* del canal pancreático. Esta se puede obtener de dos maneras: o con la inyección de ácido clorhídrico décimo normal al nivel de la papila por medio de la sonda duodenal o la punción transparietal del duodeno (Mirizzi), o con el método de la morfi-amilo-colangiografía que preconizamos. Observando las imágenes obtenidas por Doubilet y Mulholland con el ácido clorhídrico y las obtenidas

por nosotros, apreciamos que estas últimas son más claras, el espasmo es más intenso, el relleno del Wirsung es más completo y el reflujo no fracasa.

### Conclusiones

1. Se analiza la técnica introducida por Bowers de la colédoco-yeyunostomía de Roux en las pancreatitis recidivantes, operación patogénica basada en la teoría del reflujo biliopancreático.

2. Se consideran las diferentes teorías de la pancreatitis y se llega a la conclusión de que la patogenia del reflujo no está demostrada definitivamente en el momento actual.

3. Se estudian los casos presentados por Bowers deduciéndose que la experiencia es escasa, el tiempo de observación corto, la operación larga y difícil con frecuentes complicaciones, no evita la recidiva de la pancreatitis y los casos son poco convincentes.

4. Se analiza el caso presentado por el Dr. Palma concluyendo que se ha omitido la previa demostración del canal biliopancreático, indispensable para defender la patogenia del reflujo, que la escasa longitud del asa excluida no pone a cubierto de la colangitis y que la técnica es más compleja que la de Bowers.

5. Gruesas lesiones pancreáticas regresan espontáneamente o con operaciones más simples.

6. Se resume el aporte personal al problema de las pancreatitis del punto de vista experimental, unidades pancreáticas, exploración operatoria, tratamiento operatorio, estudio post-operatorio del colédoco inferior que serán motivo de próximas comunicaciones.

7. Se puntualiza el valor fundamental de la comprobación del canal biliopancreático común y se preconiza el método de la morfi-amilo-colangiografía post-operatoria para diagnosticar las pancreatitis con o sin canal común.

8. Se propicia, como norma operatoria de las pancreatitis recidivantes, realizar el tratamiento de la litiasis con drenaje biliar prolongado previo balance lesional biliopancreático-duodenal obtenido con el decolamiento retro-pancreático; en el post-opera-

torio estudio manométrico, colangiográfico y morfi-amilo-colangiográfico.

9. Si nuevas crisis de pancreatitis tuvieran lugar, de acuerdo a los datos de la morfi-amilo-colangiografía podrán plantearse otras soluciones: colédoco-duodenostomía, esfinterotomía, gastrectomía con vagotomía, colédoco-yeyunostomía en Y, esplacnicectomía.

10. Se defiende el criterio de no acompañar el entusiasmo por la colédoco-yeyunostomía en Y como terapéutica de entrada, en las pancreatitis recidivantes hasta que la patogenia no se logre precisar y el tiempo permita informar sobre el valor de las diferentes terapéuticas aconsejadas.

#### BIBLIOGRAFIA

1. BOWERS y GREENFIELD. — Anales de Cirugía; julio 1951, página 1170.
2. ALLEN. — Anales de Cirugía; abril 1945, pág. 420.
3. COLE, REYNOLS e IRENEUS. — Anales de Cirugía; set. 1948; pág. 1627.
4. OPIE. — Bull. Johns Hopkins Hosp.; 101, 12; 182.
5. ARCHIBALD. — Surg. Gynec. y Obst. 28; 1; 1919; 529.
6. DOUBILET y MULHOLLAND. — Anales de Cirugía; oct. 1948; página 1907.
7. DELRIO. — Tesis 1937; Bs. As. "Contribución a Necrosis Aguda del Páncreas".
8. JOHNSTONE. — Colorado Med.; 1907; 4; 93.
9. DARDINSKI. — Am. J. Path.; 1931; 7; 169.
10. MANN y GIORDANO. — Arch. Surg.; 1923; 6; 1.
11. DRAGSTEDT. — Arch. Surg.; 28; 232; 1934.
12. HARMS. — Arch. F. Klin. Chir. 1927; 147; 637.
13. GASTER, BLAIN y CAMPBELL. — Arch. Surg. 60; 1950; 473.
14. WALTERS y MARSHALL. — Surg. Gynec. y Obst. 1930; 50; 628.
15. LIEBERG. — Surg., Gynec. y Obst. 1942; 74; 256 (Abstracts).
16. COLP y DOUBILLET. — Ann. Surg. 28; 232; 1934.
17. TEJERINA FOTHERINGHAM. — XIV Congreso Argentino de Cirugía, 1942; 391.
18. DEL CAMPO, J. C. — Abdomen agudo; 1940.
19. RICH y DUFF. — Bull. John Hopkins Hosp. 1936; 58; 212.
20. YOTUYANAGI. — Mitt. u. allg. Path. u. path. Anat 1937; 9. 403.
21. RICHMAN y COLP. — Anales de Cirugía; feb. 1950; 163.
22. POPPER y NECHELES. — Surg. Gynec. y Obst. 1942; 74; 123.

23. DEL VALLE, SANCHEZ ZINNY y EGUIA. — Anales de Cirugía; mayo 1952, pág. 198.
24. SEIDEL. — Zentralbl. f. Chir., 1910; 37; 1601.
25. LEVEUF. — Rev. de Chir. 1920.
26. GRANT. — Brit. Med. J. 1928; 2; 518.
27. WILKIE. — Brit. Med. J. 1931; 2; 793.
28. PEARCE. — Albany M. Ann. 1904; 15; 389; Am. Med. 1904; 7; 853.
29. GURRUCHAGA. — Rev. Med. Rosario, 1924; 32; 281.
30. BOITIN. — Acta Gastro-Enterológica Bélgica 14; 1951; 811.
31. MALLET GUY. — Arch. Surg. 60; 2 feb./50.
32. POPPER y NECHELES. — Surg. Gynec. y Obst. 87; 79; julio 1948.
33. LONGO. — Arch. Malad. App. Digest. 1951; 40; 1302.
34. VAN DAMME y SNOEKS. — Acta gastro-enterológica Bélgica 14; 1951, 826.
35. BISGARD. — Anales de Cirugía; dic. 1946, pág. 2184.
36. TEJERINA FOTHERINGHAM y TORRES. — Anales de Cirugía; abril 1949, pág. 596.
37. BOWERS. — Surgery; 30; julio 1951; 1; 116.
38. PRIESTLEY. — Surg., Gynec. y Obst. Marzo 1951; 369 (Editorial).
39. DOUBILET y MULHOLLAND. — Surg., Gynec. y Obst., 86; 1948; 1; 295.
40. PEARSE. — Anales de Cirugía; set. 1948; pág. 1641 (Discusión).
41. PEARSE, RADAKOVICH y COGBILL. — Anales de Cirugía, enero 1949; pág. 59.

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

**Dr. Palma.** — Antes de considerar el trabajo del Dr. Cosco, quisiera hacerle algunas preguntas. El primero cita las experiencias de laboratorio, en que dice que necesita 50 cms. para evitar el reflujo de asa yeyunal desfuncionalizada.

**Dr. Cosco.** — Respecto a ese punto de vista las citas son las siguientes: Cole, Reynolds e Ireneus en Anales de Cirugía, set./48, "Estricción del colédoco", en la pág. 1634 ofrecen una figura en la que marcan para el asa desfuncionalizada una longitud de "60 cms. de largo por lo menos". En la discusión de este trabajo, Pearse, pág. 1641, expresa con respecto a la anastomosis tipo Roux que "algunos enfermos presentan posteriormente una colangitis, en asas de 25 cms.". Pearse, Radakovich y Cogbill, Anales de Cirugía, enero/51, "Estudio experimental de asas yeyunales antiperistálticas", establece en pág. 64 que "se producía regurgitación en los perros a una distancia de 25 cms. en un asa yeyunal antiperistáltica formada por anastomosis de tipo Roux + Y", Bowers, Anales de Cirugía, Julio/51, "Coledocoyeyunostomía en pancreatitis crónica" en pág. 1171, indica que "la operación se completa con una

anastomosis del segmento yeyunal proximal al yeyuno distal a unos 50 cms. por debajo de la anastomosis colédoco yeyunal, de manera de prevenir las colangitis”.

**Dr. Palma.** — Una segunda pregunta: si el Dr. Cosco ha obtenido pancreatitis aguda mediante la experiencia clásica de inyectar bilis, dentro del Wirsung a presión positiva.

**Dr. Cosco.** — Inyectando bilis y ligando el Wirsung, sí. Son dos elementos, uno la inyección de bilis al que se le agrega la ligadura del canal pancreático. Además existen otros dos factores: el traumatismo operatorio y la presión incontrolada con que se hace la inyección. Por lo tanto no he obtenido pancreatitis por la simple inyección de bilis a presiones coledocianas sino agregando tres factores simultáneos: ligadura del Wirsung, presión incontrolada de la inyección y trauma operatorio.

**Dr. Palma.** — En tercer lugar: si el Dr. Cosco ha observado algún caso de pancreatitis crónica recidivante operada con la técnica de Allen o de colédoco yeyunostomía.

**Dr. Cosco.** — La colédoco yeyunostomía en Y, en las pancreatitis recidivantes ha sido solamente utilizada por su creador Bowers en los 6 casos publicados, y en el que presentó el Dr. Palma.

**Dr. Palma.** — Voy a analizar el trabajo del Dr. Cosco, que esperaba que presentara alguna experiencia personal, ya clínica, ya experimental, dado el título de la comunicación. En cambio el trabajo está destinado a destruir el procedimiento de la colédoco-yeyunostomía y no a aportar personalmente experiencia clínica o experimental.

Antes de considerar los argumentos opuestos por el Dr. Cosco, deseo señalar, al pasar, que en la historia de la Medicina hay muchísimos ejemplos de oposiciones sistemáticas a descubrimientos o nuevos procedimientos, apoyados solamente en consideraciones teóricas, lecturas o razonamientos. Baste recordar que recientemente, los primeros trabajos sobre la acción antibiótica de la penicilina fueron desdeñados durante 10 años y algunos llegaron hasta ridiculizar a su descubridor llamándole “el hombre de los hongos”. El trabajo del Dr. Cosco me ha decepcionado, porque es una comunicación destinada a combatir un procedimiento sin apoyarse en ninguna observación personal, clínica, ni experimental.

El doctor Cosco divide su trabajo en una serie de partes. Comienza por estudiar las diversas patogenias que se han descrito sobre el origen de la pancreatitis. No nos vamos a referir a cada una de ellas; son muchas y están en todos los tratados modernos. Analiza en particular la del reflujo bilio-pancreático y pretende destruirla diciendo que hay casos en los cuales no existe comunicación entre el colédoco y el Wirsung. Este argumento no es suficiente, porque hay muchos casos en los cuales esta comunicación existe. Es como si se quisieran establecer conclusiones por el hecho de que algunos enfermos de vías biliares padezcan de pan-

creatitis y otros no, sin analizar debidamente las características de cada caso. Habiendo por lo menos un 50 % de casos en que hay comunicación de las vías biliar y pancreática, no pueden sacarse conclusiones solamente por los casos en que ella no existe. Frente a hechos positivos, los casos negativos, en ciencia, no son suficientes. Es como si se repitiera la anécdota del acusado ante el Juez, que frente al testimonio de los testigos que le habían visto cometer el delito, ofrecía traer "diez mil que no lo habían visto".

Sin negar en manera alguna la existencia de otros mecanismos de producción de la pancreatitis, la patogenia por reflujo bilio-pancreático está demostrada y descripta en los tratados corrientes de cirugía experimental. En la clínica es un hecho de observación frecuentísima la existencia de enfermos con un largo padecimiento de sus vías biliares que se complican secundariamente de pancreatitis.

El hecho de que en la colangiografía con reflujo en el Wirsung no se produzca pancreatitis, no significa nada. Hay infinidad de personas normales y aún de enfermos de las vías biliares en los que existe la comunicación bilio-pancreática y el reflujo no origina pancreatitis. Se necesitan además algunos otros factores sobreagregados, aun no bien determinados, hipertensión canalicular pancreática, hiperactividad de la glándula, ruptura de canaliculos, etc., para que se produzca la activación y puesta en libertad, en cadena, de los fermentos pancreáticos, en el seno del propio parénquima.

El Dr. Cosco pretende señalar una serie de deficiencias en nuestra comunicación. Comenzaremos por decir que la técnica que nosotros hemos empleado no es exactamente la utilizada por Bauer en su colédoco-yeyunostomía en Y, pues hemos aplicado la técnica de Allen para efectuar la anastomosis entre el colédoco y el yeyuno. El Dr. Cosco considera que no se trataba de un caso de pancreatitis recidivante porque para ello debió haber sufrido repetidos ataques. Además debió efectuarse la dosificación de amilasas antes de la operación. Una enferma que sufrió dos ataques intensos y graves de pancreatitis, con intervalo de pocos meses, debe a nuestro juicio ser considerada como recidivante. No debe esperarse a que padezca dos o tres crisis pancreáticas más y corra el riesgo de morir en alguna de ellas, para recién entonces establecer el diagnóstico de afección recidivante. Por otra parte, en una enferma en donde la intervención mostró groseras y extensas lesiones de necrosis pancreática, con enorme tumefacción de la glándula y placas difusas de esteatonecrosis, no sólo en el páncreas, sino en el pedículo hepático, peritoneo, gran masa epiploica infiltrada, etc., etc., no creo que pueda ponerse en duda el diagnóstico de pancreatitis. El estudio histopatológico de la biopsia operatoria fué concluyente. Nuestra observación es seguramente una auténtica pancreatitis y además, recidivante.

Dice luego el Dr. Cosco que en el acto operatorio y frente a las grandes lesiones necróticas, no debió haberse efectuado la colédoco-yeyunostomía y sí solamente el drenaje simple de las vías biliares; posterior-

mente, debió efectuarse la colangiografía operatoria, con lo que recién podría haberse demostrado si existía realmente reflujo bilio-pancreático.

No compartimos este criterio. Preferimos haber efectuado el drenaje interno de las vías biliares, por colédoco-yeyunostomía, al drenaje externo por simple tubo de Kehr. Esto último sólo reduce la tensión del árbol biliar, en tanto que lo primero, a la vez que hace caer la tensión, evita la expoliación del organismo en todos los elementos útiles de la bilis, mantiene el acto digestivo en condiciones más aproximadas a la normalidad y evita totalmente la mezcla de la bilis y jugo pancreático, muy probablemente peligrosa en estos casos. La colangiografía post-operatoria nos hubiera mostrado tardíamente si existía o no reflujo bilio-pancreático; si se hubiera querido establecer entonces una separación de los jugos digestivos hubiera sido necesario recurrir a un segundo acto operatorio.

Nosotros consideramos sumamente útil la colangiografía. No la efectuamos solamente en el post-operatorio como el Dr. Cosco, sino que la realizamos también durante la intervención quirúrgica. Esto permite establecer precisiones diagnósticas en el momento más útil y hace posible la terapéutica quirúrgica adecuada, realizada en un solo acto operatorio. En este caso particular, teníamos todo dispuesto para efectuar la colangiografía operatoria, y si ella no se realizó fué por un factor circunstancial vinculado al horario del personal técnico-radiológico.

En tercer término señala que la longitud del asa intestinal no era suficiente. Frente a esta afirmación nosotros recordamos que empleamos para la anastomosis toda la segunda asa yeyunal y que la enferma (la 3ª en que se emplea el procedimiento) ha evolucionado perfectamente bien, llevando ya más de 3 meses sin fenómenos de colangitis, fiebre, ni siquiera dispepsia. Hemos operado en total tres enfermos con esta técnica, sin haber observado trastornos de reflujo, ni colangitis; el primero era un cáncer de cabeza de páncreas, en el que lamentablemente en la 2ª intervención, destinada a efectuar la exeresis, se comprobaron múltiples metástasis hepáticas; el segundo caso era una estrechez del colédoco y su evolución es excelente hasta el momento, sin tener trastorno alguno y ni siquiera dispepsia.

En cuarto término señala que nuestra técnica es más compleja y difícil que la de Bauer. Discrepo enteramente con este criterio. Bauer hace el decolamiento del colédoco hacia abajo liberándolo del páncreas. En nuestro caso el páncreas estaba convertido en una enorme masa tumefacta, con necrosis difusa, y el decolamiento descendente del colédoco hubiera sido temerario, pues si se hubiera actuado en tejidos enfermos, con la posibilidad de la activación y puesta en libertad de fermentos pancreáticos y el grave peligro de un nuevo empuje de pancreatitis.

En los dos casos en que efectuamos la colédoco-yeyunostomía en Y, con la técnica de Allen, la evolución post-operatoria fué perfecta, y ni siquiera salió bilis por el tubo fino de goma, colocado como tutor central de la colédoco-yeyunostomía y que se exteriorizaba más abajo, saliendo del asa yeyunal, a la Witzel. Cuando retiramos el tubo de goma a los 21

días, no salió ni bilis, ni contenido intestinal por el orificio, que curó en pocos días.

En 5º término afirma el Dr. Cosco, un poco temerariamente, que la enferma hubiera mejorado espontáneamente, sin la operación. ¿Qué elementos de juicio le hacen establecer este criterio? ¿Ha visto la radiografía pre-operatoria, en que la gran tumefacción pancreática deforma y comprime el estómago? ¿Ha visto las grandes lesiones comprobadas en la operación, con las extensas infiltraciones necróticas? Creemos que si el Dr. Cosco hubiera observado estos hechos, siendo una persona inteligente y comprensiva, no hubiera hecho esta afirmación. Era una enferma grave, y en la que la recidiva de una tercera crisis pudo haberla muerto.

En lo que se refiere a la crítica a los casos de Bauer, no voy a hacer la defensa de este autor, que no la necesita. Me limitaré a rendir homenaje a quien tuvo la idea original y la llevó con eficacia a la práctica, de separar el colédoco del Wirsung en las pancreatitis recidivantes, para evitar la mezcla de sus jugos digestivos, y la continua activación en cadena.

En lo que se refiere a su criterio personal el Dr. Cosco preconiza como tratamiento fundamental de las pancreatitis recidivantes el drenaje externo del colédoco o de la vesícula, y el uso de antibióticos. Esto es lo que se hace corrientemente en todas partes, y hemos empleado todos en muchísimos casos. Es un procedimiento útil, que puede estar indicado en muchos casos, pero que deja a la paciente en las mismas condiciones una vez que se retira el drenaje, en el peligro de la recidiva de la pancreatitis. El drenaje biliar externo es transitorio, en tanto el drenaje interno que utilizamos es permanente, contribuyendo mucho más eficazmente, no sólo a tratar la crisis aguda, sino también a evitar las temibles recidivas.

Termina manifestando que me siento satisfecho que el Dr. Cosco nos haya dado una vez más pruebas de su laboriosidad y dedicación al tema, pero que a la vez me siento decepcionado que haya expuesto críticas importantes al procedimiento de otro colega, sin aportar hechos o experiencia personal alguna. Estoy seguro que a medida que su criterio científico vaya madurando, va a tener espíritu constructivo y no negativo en cirugía.

He aquí las dos enfermas a que hemos hecho referencia en nuestra exposición. Esta paciente es la señora que padeció de la pancreatitis grave recidivante y se encuentra perfectamente, con excelente estado general, habiendo aumentado 10 kgrs. de peso y hallándose libre de su antigua dispepsia (a pesar de haber hecho desarreglos alimenticios). Esta otra enferma, es la que padecía de estenosis del colédoco y a quien se le efectuó también la colédoco-yeyunostomía en Y, encontrándose libre de molestias y con excelente estado general.

Tengo la esperanza que dentro de algún tiempo veremos al Dr. Cosco realizar esta intervención, que considera hoy peligrosa, aplicándola en los casos de pancreatitis recidivante.

Dr. Stajano. — Me consideraría a hacer uso de la palabra en una discusión de este tipo donde se requiere tener el aporte experimental para poder fundamentar opiniones. Prometo traer en breve ese aporte sustentando el concepto que me sugiere la histología de la pancreatitis aguda.

No voy a entrar en detalles en este momento, porque no corresponde, sólo planteo directrices generales. De lo dicho por el Dr. Cosco Montaldo y el doctor Palma respecto a comprobaciones y hechos que surgen del estudio de la pancreatitis, tanto bajo el punto de vista clínico, operatorio o experimental, se deduce que el problema patogénico sigue hoy siendo oscuro.

En lo que respecta a la conducta terapéutica me es simpática la operación de Allen, que permite la derivación interna en el curso de las pancreatitis agudas que sabemos que son frecuentemente recidivantes. Presenté a esta Sociedad un caso que recidivó tres veces una pancreatitis edematosa que al año se hizo en forma hemorrágica, y al año después una necrosis y muerte.

El problema de la pancreatitis siempre me ha desconcertado y preocupado. ¿Qué hacemos los cirujanos frente a una pancreatitis aguda? Lo único que hemos podido hacer es la operación paliativa, que consiste en descargar el árbol biliar que siempre está hipertenso. Es variable el número de días o semanas que dejamos el tubo de drenaje. Lo cierto es que solucionamos así el momento agudo y sólo temporariamente el problema de fondo.

Ahora, hay algo evidente: experimentalmente el reflujo existe, en ciertos casos, no existe en todos, y ese reflujo es producido por algo. ¿Ese reflujo experimental es el determinante de la pancreatitis? ¿Cuál es la etiología del reflujo cuando existe? ¿La pancreatitis es simplemente consecuencia del reflujo biliar en todos los casos? ¿Es un proceso canalicular simple de hipertensión del Wirsung con hipertensión concomitante del árbol biliar? ¿Es un proceso canalicular de acuerdo con los conceptos dominantes en el momento actual en la patología del páncreas? Insisto que no. Ahí está la parte esencial de mi tesis, pero para afirmarlo tengo que tener la prueba que trataré de traer a la Sociedad de Cirugía. Voy a adelantar que lo que se observa en los procesos pancreáticos agudos o crónicos concomitantes a las afecciones del árbol biliar inferior, no son procesos canaliculares, son procesos primitivamente intersticiales que se desarrollan en el interior del parénquima pancreático y son de orden vascular, de orden exudativo, edematoso, con la permeación de los canales pancreáticos de las membranas orgánicas en el curso de la intensa crisis dinámica de choc inicial, choc regional provocado por algo que existe prácticamente siempre y que es la hipertensión del árbol biliar. Esa crisis distensiva aguda, es la injuria máxima que episódicamente actúa en el curso de la pancreatitis aguda y que es a veces un episodio dentro de la litiasis biliar. Por eso es que no todas las litiasis biliares hacen pancreatitis agudas. Algunas, cuando hay cálculo enclavado,

hacen una estasis en el ducto terminal, determinando una hipertensión de la vesícula o del árbol biliar y es esa distensión aguda la que determina el cataclismo reflejo vesicular en el páncreas, con su gran ingurgitación edematosa o la hemorragia intersticial y la permeación de los canales sin necesidad de la efracción, ni de rotura. Es la simple permeación del canalículo pancreático y biliar, haciendo en el páncreas lo mismo que hace la peritonitis biliar sin perforación, en el curso de distensiones vesiculares o del árbol biliar, por causas diversas. No es necesario que haya efracción del colédoco o vesícula para que llueva bilis. Esta atraviesa por transparencia los conductos y da la peritonitis biliar sin perforación.

Me resulta razonable y lógica la operación de Bauer o Allen porque suprime el episodio distensional que puede suceder en cualquiera de sus crisis, favoreciendo el drenaje interno, evitando así posiblemente la pancreatitis aguda de recidiva. No sé si me he expresado claramente sobre la esencia y el concepto patogénico del proceso. No es un proceso canalicular presuntivo, sino intersticial y vascular, con todas sus intensas consecuencias.

Es evidente que las numerosas interrogantes que a diario se le presentan al clínico y al cirujano, constituyen el incentivo de la búsqueda y la investigación. Es la crisis pancreática una tormenta vasomotriz refleja cuya espina hay que localizar.

**Dr. Varela Fuentes.** — El caso que menciona el profesor Palma en su comunicación ante la Sociedad de Cirugía, lo hemos conocido detenidamente porque nos ha hecho el honor de presentarlo en el Ateneo de nuestra Clínica, cuando tenía aun su tubo de drenaje del asa yeyunal de la anastomosis.

Hemos podido ver la documentación detallada de ese caso, que demuestra ser un caso de evolución muy severa en el sentido de que había hecho dos crisis de pancreatitis a corta distancia una de otra, y la segunda mucho más grave que la primera, dando lugar a una forma tumoral que puede conceptuarse como muy rara. Habíamos pensado cuando presentó el doctor Palma el documento radiológico, que se trataba de un hematoma de la cabeza del páncreas a consecuencia de esas crisis pancreáticas agudas, tal como ocurrió en un caso que publicamos en Arch. de Med. Cir. y Espec. en 1941. Pero no se trataba de eso, sino de un tumor sólido que englobaba a la cabeza del páncreas con las vísceras vecinas, con lesiones extendidas, de cito-esteato-necrosis. Todo hacía prever que estas crisis deberían seguir repitiéndose, por cuyo motivo la solución dada por el profesor Palma, nos pareció en ese momento y así se lo manifestamos como una solución de gran interés que permitió separar definitivamente a la vía biliar principal, de los canales pancreáticos. La evolución de la enferma fué realmente extraordinaria; tuvimos oportunidad de verla en dos ocasiones: en seguida de la operación y al cabo de unas 20 días y parecía realmente otra enferma, es decir que

su post-operatorio fué muy favorable en el sentido de la rapidez con que evolucionó y mejoró de su estado; además la gran tumoración que se había visto al principio desapareció completamente.

Ahora con respecto a que la operación hecha en estas condiciones, que permite hacer la separación definitiva del árbol biliar y del árbol pancreático, constituye una idea realmente interesante y en ese sentido muy superior a la simple derivación exterior de la vesícula que es lo que se hace habitualmente para descargar la hipertensión del árbol biliar; o a las anastomosis internas, colédoco-duodenostomía o colecisto-yeyunostomía.

Porque dígase lo que se diga con respecto a la importancia que tiene la presentación de la bilis en el Wirsung, de todas las hipótesis patogénicas de la pancreatitis aguda es una de las más importantes a considerar. Desde luego no podemos admitir que en todos los casos intervenga este mecanismo; hay otros distintos: la hipótesis que plantea el Dr. Stajano sobre la importancia de la hipertensión de la vía biliar, capaz de repercutir sobre los mecanismos vasomotores del páncreas, tal como lo hace sobre la base del pulmón, muestra otro mecanismo patogénico posible para preparar la aparición de la pancreatitis aguda.

Creemos que es muy importante estudiar durante la operación misma, la amplitud de la comunicación canalicular bilio-pancreática, y el grado de distensión del árbol biliar. Actualmente con la colangiografía operatoria y sobre todo con la radiomanometría preoperatoria, estamos en mejores condiciones para informarnos con precisión sobre estos hechos. Para la radiomanometría seguimos con Varela - López, la técnica ya clásica, que ha preconizado Caroli.

Estos son los puntos que deseábamos destacar a raíz de lo que han expuesto el Dr. Palma y el Dr. Cosco Montaldo, respecto a este asunto tan importante y todavía en vías de resolución. Como dice muy bien el doctor Cosco, es necesario todavía reunir mucha experiencia para apreciar en definitiva el valor de la anastomosis bilio-digestiva de esta naturaleza para evitar la recidiva de la pancreatitis aguda. Pero entretanto lejos de pensar que la operación de Bauer, perfeccionada por Allen, y hecha como la realizó en este caso el Profesor Palma deba ser suprimida, creemos que es necesario insistir en esta vía, porque es lógica, porque ha dado ya buenos resultados evidentemente, y porque puede ser un recurso muy superior a la simple colecistostomía en el tratamiento futuro de las pancreatitis agudas sobre todo cuando ha habido ya alguna recidiva de la crisis aguda.

**Dr. Prat.** — No pensaba intervenir en esta comunicación primero, porque en la discusión entre los doctores Palma y Cosco queda una duda de si hablaban de la misma cosa, si se referían a la pancreatitis aguda o a la crónica, desde luego recidivante; no pude darme cuenta en la discusión a cuál se referían, pero parece que fuera una pancreatitis crónica con empujes agudos.

El segundo motivo para no ocuparme de ella, es que cuando uno interviene en una discusión, tiene que tener una experiencia amplia en ese tema para hablar con seguridad, pero lo que acaba de comentar el doctor Stajano, me anima a decir dos palabras, sobre todo para estimular al doctor Stajano que siempre se interesa en la precisa patogenia de las lesiones. Por lo pronto y referente a la operación de Allen, me permito recordar que es cierto que la cirugía alemana y la austriaca con Finsterer han hecho casi siempre la derivación del colédoco al duodeno, la colédocoduodenostomía, pero generalmente por lesiones orgánicas de la terminación del colédoco, pero también intervienen e insisten mucho, en los procesos pancreáticos, en los que han obtenido resultados muy buenos. Las estadísticas son muy grandes y no obstante haber afirmado categóricamente y comprobado que los resultados son muy buenos ni en la cirugía mundial, ni en la nuestra, los han acompañado o imitado nuestros cirujanos.

Creo que nadie duda que existe un reflujo biliar pancreático y que hay pancreatitis por reflujo, es evidente; hay hechos comprobados perfectamente; sin embargo, yendo al problema que se está debatiendo en estos momentos y por circunstancias especiales, estoy acabando de leer un interesante trabajo de la escuela de Lyon, donde se estudia la terapéutica de la pancreatitis crónica recidivante y Mallet - Guy presenta una serie de 59 casos en los cuales posiblemente toma en cuenta algunos de los que el doctor Stajano ha descrito, porque él no realiza una operación o una terapéutica sobre los canales biliares, sino preferentemente sobre el esplácnico izquierdo.

Empieza Mallet - Guy por explorar bien el abdomen, hace la manometría, la colangiografía, si hay lesiones de distonía u otras lesiones, las trata previamente, pero cuando comprueba la lesión pancreática actúa sobre la región lumbar y practica la esplanicectomía o sea la resección esplácnica izquierda y con esa terapéutica sostiene, que en 25 casos ha tenido resultados muy buenos.

La esplanicectomía es una operación simple que no tiene la jerarquía ni la gravedad de las operaciones de los canales biliares y parece que sus resultados son importantes y dignos de tener en cuenta. Esta técnica operatoria es la que debemos tener muy presente en casos de complicación pancreática, y sobre todo la recuerdo porque concuerda con las opiniones del doctor Stajano de que no nos da la apreciación etio patogénica de esta pancreatitis como correspondiente al reflujo, sino que puede haber otro factor patogénico que demostraría la necesidad de esta clase de operaciones que ha recomendado Mallet - Guy.

**Dr. Cosco.** — Agradezco la gentileza de los Profesores Prat, Stajano, Varela Fuentes y Prof. Agdo. Palma por haberse ocupado de esta comunicación. El problema es complejo y es más complejo cuanto más se profundiza.

El **Dr. Palma** habla de la práctica personal. Me siento inhibido de

realizar operaciones graves tipo experimental, cuyas indicaciones están lejos de ser aceptadas, que personalmente no comparto por el gran trastorno funcional y fisiológico que significa seccionar definitivamente el colédoco, aislar el esfínter de Oddi del hígado, seccionar el delgado para obtener un asa defuncionalizada de 60 cms. y que la bilis se vierta medio metro de su lugar normal, lejos de los jugos gastroduodenales y pancreáticos, para que, finalmente, tal operación no cure la enfermedad. En efecto, Bowers, en su caso 2º después de realizada la colédoco-yeyunostomía la pancreatitis recidiva con unidades pancreáticas elevadas. Esto constituye una evidente comprobación de que esta operación no cura la pancreatitis.

Bowers lo demostró, esto es absoluto; y hay que rendirse ante los hechos.

Otra verdad fundamental: es necesario saber si existe o no una comunicación bilio-pancreática para establecer si la patogenia del reflujo es posible en determinado caso, ya que la ausencia de esta comunicación en el 50 % de los casos contraindica de manera absoluta la colédoco-yeyunostomía. Esta confirmación no se ha obtenido en el caso del Dr. Palma.

La terapéutica de la pancreatitis recidivante es extraordinariamente discutida; el Prof. Prat acaba de citar la nueva orientación de la escuela francesa de Mallet-Guy quien preconiza para la pancreatitis crónica recidivante la esplanicectomía izquierda. El Prof. Prat de esta manera me presta su valioso apoyo al considerar que, con operaciones más simples que la colédoco-yeyunostomía, se logran excelentes resultados en la terapéutica de las pancreatitis recidivantes. Los americanos con Doubilet y Mulholland aconsejan la esfinterotomía; los argentinos de la escuela de Bengolea son partidarios del simple drenaje; por último, otros informan favorablemente la colédoco-duodenostomía, sin olvidar los que realizan el simple tratamiento médico.

La gravedad de la colédoco-yeyunostomía es innegable; el mismo Bowers la compara a una gastrectomía total y agrega que es un poco menos grave que la anastomosis espleno-renal y que la anastomosis portocava. Reflexionemos a qué extremo debe apelar el autor para concluir que su operación no es tan grave como otras muy graves.

Una de las finalidades de esta comunicación consiste en demostrar el valor de la existencia del canal pancreático y el valor de la morfi-amilo-colangiografía para obtenerla. El plan a seguir que propongo sería el siguiente: operar la pancreatitis recidivante de acuerdo a las orientaciones clásicas del drenaje y tratamiento de la enfermedad vesicular y litiásica complementado con el tratamiento antibiótico y médico, luego, en el post-operatorio, demostrar por la morfi-amilo-colangiografía si existe o no comunicación bilio-pancreática. En el caso de que la pancreatitis recidive y si la comunicación ha quedado demostrada, recién entonces sería el momento de plantear otras terapéuticas como la colédoco-yeyunostomía, colédoco-duodenostomía o esfinterotomía.

Además, no es nada sorprendente que un enfermo se mejore espontá-

neamente, lo que complica el problema del punto de vista del valor de la terapéutica instituída; por otra parte intensas pancreatitis con gran aumento del páncreas han mejorado con el tratamiento quirúrgico clásico, como lo han observado todos los que cuentan con relativa experiencia quirúrgica. Tal es el caso que tuve oportunidad de presentar días atrás de una enferma con una gran pancreatitis que se curó con un simple drenaje de la vesícula. Mejoró como en el caso del Dr. Palma y ha sido seguida durante un intervalo mayor de meses. ¿Qué conclusión debemos sacar de su comparación? Que una simple colecistostomía mejora al enfermo como una colédoco-yeyunostomía. Pero no demuestra nada más. No indica con ello que estamos frente a la terapéutica de elección, ni que el caso está definitivamente resuelto, porque se han visto recidivas hasta 5 y 10 años después.

Los satisfactorios resultados en ambos casos con terapéuticas diametralmente opuestas obligan a ser muy cautelosos antes de llevar a cabo una cirugía grave como la colédoco-yeyunostomía en reemplazo de una cirugía poco riesgosa.

El porqué no soy partidario de la tendencia a prodigar la colangiografía operatoria está explicado porque realizo el decolamiento retropancreático sistemático. Esta es una maniobra fácil, rápida, atraumática, que permite recoger numerosos e importantes elementos de juicio en el acto operatorio, que reducen la indicación de la colangiografía. No soy el primero que piensa de esta manera; muchos cirujanos americanos muy experimentados la desechan.

El hecho de que la enferma del Dr. Palma haya presentado dos crisis dolorosas en cuatro meses no permite diagnosticar una pancreatitis recidivante; recordar que en la primera crisis no se buscaron unidades pancreáticas. La denominación pancreatitis crónicas recidivantes corresponde a enfermos que han presentado numerosas crisis demostradas de pancreatitis, muchos de ellos sometidos a operaciones anteriores sobre la vesícula, el colédoco y que siguen repitiendo sus crisis pancreáticas bien diagnosticadas.

Para terminar agradezco al Prof. Stajano la altura de sus expresiones. Acepta que la distensión aguda provocada por la hipertensión biliar produce un reflejo vascular en el páncreas con regurgitación edematosa y permeación de los canales. Al no aceptar que se trata de un proceso canalicular sino intersticial primitivo contradice la patogenia del reflujo que acepta el Dr. Palma. Además su orientación de eliminar la hipertensión biliar, apoya mi concepto de que no es necesario utilizar la operación grave de Bowers, sino que esta finalidad se obtiene con el simple drenaje externo o interno como la colédoco-duodenostomía o esfinterotomía. Siempre y en último término nos encontramos frente al problema no solucionado de la patogenia de las pancreatitis.

Le agradezco al Prof. Varela Fuentes su valioso comentario. Si en el acto operatorio se comprobó una forma tumoral de páncreas, demuestra que la pancreatitis no se encontraba en período de completa reso-

lución sino en estado subagudo y, por lo tanto, fuera del momento oportuno para intervenir. Respecto a la evolución extraordinaria que observo en la enferma operada, nosotros lo hemos comprobado igualmente en casos similares sin operar.

El Dr. Varela Fuentes al propiciar la colangiografía y la radiomanometría para demostrar la existencia de un canal bilio-pancreático apoya mi posición de que no debemos practicar una operación como la propuesta, a ciegas, sin documentarnos previamente sobre detalle tan importante.

Mi pensamiento fundamental es el siguiente: Creo que si nosotros deseamos realizar nuevas y graves operaciones en sustitución de otras más sencillas y prácticas, debemos ser muy estrictos y cautelosos en su indicación, lo mismo que en el estudio y diagnóstico de los enfermos, y sólo debemos planear estas operaciones cuando otros tipos de intervenciones hayan fracasado, cuando las recidivas numerosas nos obliguen a ello y cuando tengamos la prueba colangiográfica de que el enfermo puede responder a la patogenia del reflujo por la existencia de una comunicación bilio-pancreática. Procediendo de manera diferente no probaremos nada y no quedará experiencia seria.

Hemos enfocado un tema complejo por las numerosas derivaciones que ofrece. No es posible responder a todas las consideraciones que los profesores Prat, Stajano y Varela Fuentes y el Dr. Palma tuvieron la gentileza de exponer, porque nos obligan a dilatados comentarios.

El tema, por lo tanto, queda sobre el tapete. Mi pensamiento y creo que el de muchos cirujanos aquí presentes, es que la colédoco-yeyunostomía no es una operación llamada a resolver de entrada la cura de la pancreatitis recidivante.