

Facultad de Medicina — Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"  
Trabajo de la Clínica Semiológica — Prof Pablo Purriel y  
Clínica Quirúrgica A — Prof. Carlos Stajano

## NEOPLASMA DE AMPOLLA DE VATER DUODENO PANCREATECTOMIA CEFALICA (\*)

Dres. Walter Suiffet, Mario Arcos Pérez y Julio C. Priario

Los Neoplasmas de Ampolla de Vater y de la zona periampular, presentan problemas de diagnóstico y de tratamiento de suma delicadeza. Cuando es posible establecer este diagnóstico por el estudio completo del paciente, surge indiscutible la indicación de la exéresis duodenopancreática, intervención magna que coloca al equipo asistencial en una serie de situaciones cuyo conocimiento es fundamental para proporcionarles solución satisfactoria. No son solamente problemas de técnica quirúrgica lo que se tendría que afrontar; el diagnóstico correcto, la indicación operatoria, el preoperatorio, la anestesia, la táctica quirúrgica, y la vigilancia postoperatoria de los trastornos funcionales que la exéresis duodenopancreática puede crear, son elementos de una importancia capital. Todas ellas han sido tenidas en cuenta en el caso que comunicamos y consideramos que todas han participado en el resultado favorable inmediato de él.

D. S. N., 50 años, raza blanca, polaco.

Motivo de ingreso: Ictericia.

Enfermedad actual. — Comienza hace un mes y medio, iniciando su cuadro clínico después de una comida con repollo, notando un dolor

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, el día 13 de setiembre de 1954.

tipo puntada localizado en hipocondrio derecho irradiado en barra al hipocondrio izquierdo, seguido de vómitos de alimentos y chuchos de frío. A los tres días nota intensa astenia y anorexia, apareciendo sus orinas colúricas y sus materias decoloradas. El enfermo no consulta médico, guardando cama e imponiéndose un régimen por su cuenta, en el cual evita las comidas grasas y condimentadas. A los 15 días se encuentra bien e inicia su vida normal. Un mes más tarde, luego de una nueva transgresión dietética, consistente en abundante comida de cerdo, repite la sintomatología antes descrita, acompañándose en esta oportunidad de una intensa ictericia que no retrocede y de un prurito muy fuerte. Con estos antecedentes el enfermo ingresa al Hospital.

En el último mes ha rebajado 6 kilos.

**Antecedentes personales.** — Dispepsia hiposténica desde hace tres años. Etilista marcado. Apendicectomizado hace un año. Niega venéreas.

**Antecedentes familiares:** S/p.

**Examen.** — Enfermo con buen estado general. Piel y mucosas intensamente ictericas.

**Abdomen:** se palpa hígado a 4 cmts. del reborde costal, aumentado de consistencia, doloroso, de superficie lisa.

**Vesícula palpable indolora.** En una oportunidad de su evolución, se dejó de palpar, coincidiendo este hecho con una deposición líquida y más coloreada que de costumbre, volviéndose a percibir la vesícula en los días siguientes. Bazo no se palpa. Resto del abdomen s/p.

**Aparato respiratorio:** s/p.

**Aparato cardiocirculatorio:** pulso regular de 60 por minuto, bien golpeado. Presión 12 y 8. Resto s/p.

**Sistema nervioso:** s/p.

**Consideraciones diagnósticas.** — Ante la historia clínica, que acabamos de relatar, se orientó el estudio de nuestro enfermo hacia sus vías biliares. Se obtuvo primeramente una radiografía simple del hipocondrio derecho que no mostró imágenes anormales. Se completó este examen con una radiografía del estómago y duodeno que no evidenció ninguna modificación.

Biológicamente se señalaron aumento de la bilirrubina directa y un ligero aumento del colesterol, todo lo cual nos hizo pensar que estuviéramos frente a una ictericia obstructiva.

La leucocitosis fué de 6.500 glóbulos blancos, con una fórmula normal. Glóbulos rojos: 3.480.000. V. gl. 0.97. La velocidad de sedimentación está aumentada: primera hora 47; segunda hora 80 I: 43.5.

Se completó el estudio con el sondeo duodenal, el cual mostró la presencia de gran cantidad de sangre. Este hecho nos hizo pensar que la causa de la obstrucción biliar fuera un neoplasma de la ampolla de Vater. Posteriormente se solicitó un estudio radiológico de la segunda

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

porción duodenal, no obteniéndose ninguna modificación de este segmento. No obstante este hecho, mantuvimos el diagnóstico de neoplasma de la Ampolla de Vater, indicando su intervención.

### INDICACION OPERATORIA.

Frente a esta situación, se planteó con carácter formal, la indicación operatoria, comprendiendo:

- Exploración quirúrgica del árbol hepato bilio pancreático.
- Exploración colangiográfica de vías biliares.

Dirigidas a:

- Determinar con exactitud el diagnóstico etiológico del síndrome icterico.
- Determinar las posibilidades terapéuticas.

### PREOPERATORIO.

Se le sometió dieta rica en proteínas e hidratos de carbono. Como medicación, se le suministró factores hepato - protectores, vitamina K, C y B y transfusiones de mediana cantidad, tendiente todo ello a mejorar el estado general y de su función hepática.

### CONSIDERACIONES DE TACTICA QUIRURGICA.

El aspecto más importante de la solución quirúrgica, fué analizar las posibilidades que podrían proporcionar la intervención en uno o dos tiempos.

Así se consideraron:

a) Razones a favor de la intervención en dos tiempos:

- 1º Derivación biliodigestiva.
- 2º Exéresis duodenopancreática.

—Alivio de la ictericia obstructiva y de su repercusión hepática y digestiva.

—Mejoría del estado general.

b) Razones en contra de la intervención en dos tiempos:

—Darle plazo a la lesión para su evolución, permitiendo su extensión y su generalización.

—Creación de dificultades técnicas por la exéresis con la primera intervención, que si bien pueden ser llevadas al mínimo con un acto quirúrgico orientado, no pueden pasar inadvertidas en una segunda intervención.

La intervención en dos tiempos se reserva para:

- a) Casos con obstrucción biliar total de varias semanas de evolución.
- b) Hepatomegalia marcada.
- c) Déficit funcional hepático marcado.

Situaciones en las cuales no se encontraba nuestro paciente.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

En caso de tener que recurrir a la derivación previa, nuestra conducta hubiera sido la siguiente.

—Colecistoyeyunostomía situada en el yeyuno a 45 ctms. del ángulo de Treitz.

—Término lateral si se desea ser breve en el acto quirúrgico.

—Término terminal con yeyuno yeyunostomía en Y a la Roux, si las condiciones son favorables.

Con lo cual se practica la derivación biliodigestiva.

Se puede realizar la resección en un segundo tiempo, varias semanas después, desplazando el asa anastomótica a la derecha y abajo utilizándola luego para la reconstrucción de la continuidad digestiva.

Por las condiciones de nuestro paciente, y por las condiciones actuales de la gran cirugía, iniciamos la intervención con el plan de una resección duodeno pancreática en un tiempo.

INTERVENCION. — Resección duodeno pancreática cefálica (31/5/954).

Anestesia: Br. Osvaldo Lucas.

A) **Incisión transversa** subcostal derecha e izquierda, cóncava hacia abajo seccionando ambos rectos anteriores del abdomen y disociando los músculos derechos.

B) **Exploración abdominal.** Confirmación del diagnóstico.

—Lesiones anatómicas comprobadas.

a) Dilatación de vías biliares extrahepáticas. Ausencia de litiasis.

b) Tumor intra duodenal saliente en la luz, vinculado al borde interno de la 2ª porción, topografiado a la zona de la ampolla de Vater.

c) Céfalo páncreas grueso y duro hasta la zona cervical.

d) Hígado discretamente aumentado de tamaño, de color algo oscuro, pero de consistencia, forma y superficie normal.

e) Ausencia de adenopatías o nódulos neoplásicos.

Se realiza decolamiento duodeno pancreático hasta la zona cervical del páncreas, confirmado por la palpación, los hallazgos anteriores.

—Se confirma el diagnóstico de **Tumor de la Ampolla de Vater.**

a) Por los hallazgos anteriores.

b) Por la colangiografía operatoria transvesicular que muestra:

—Marcada dilatación de la vía biliar principal.

—Ausencia de pasaje del contraste al duodeno.

—Extremidad inferior del colédoco amputada e irregular (fig. 3 A).

c) Por la duodenotomía sobre la 2ª porción, que muestra:

**Tumor** implantado en la zona de la papila (2ª porción del duodeno, borde interno) de 2 ctms. de largo x 1 ctm. de diámetro, coniforme; revestido por mucosa duodenal sana, ulcerada y vegetante en el vértice; fácilmente sangrante y de consistencia blanduzca.

La zona cefálica del páncreas, dura y aumentada de tamaño, co-

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

rrésponde a un tumor maligno o a una pancreatitis crónica. No fué posible resolver definitivamente esta situación en el acto quirúrgico y se desechó la biopsia pancreática en ese momento por las dificultades de realización y por los riesgos de error a que ella puede conducir.

**Diagnóstico operatorio.** — Tumor de la Ampolla de Vater, de aspecto macroscópicamente maligno.

Páncreas cefálico grueso: Neoplasma o pancreatitis crónica?

Se resuelve continuar la exploración dirigida a realizar duodeno pancreatectomía cefálica.

**C) Determinación de la reseabilidad.** — Tiempos quirúrgicos realizados.

- a) División de la mitad derecha del epiplón gastro-cólico.
- b) Descenso del ángulo derecho y del colon transversal con objeto de visualizar todo el duodeno y páncreas.
- c) Exposición de la vena mesentérica superior en su origen desde la desembocadura de la cólica media hasta el cuello del páncreas.
- d) Apertura del epiplón gastro-hepático.
- e) Ligadura de las arterias pilóricas y gastroduodenal a ras de la hepática.
- f) Exposición de la vena porta en la zona retropancreática.
- g) Exploración de vena cava, pedículo espermático, riñón en su celda y ambiente celular retroperitoneal.

Estos tiempos, que no interfieren con estructuras vitales, y que permiten suspender la operación sin riesgos, permitieron reconocer:

—Limitación de la lesión favorable a la exéresis.

Ausencia de participación vascular (porta-mesentérica superior) en el proceso.

Ausencia de adherencias al retroperitoneo.

—Ausencia de metástasis ganglionares, hepáticas y peritoneales.

Con lo cual se consideró al caso como favorable para la extirpación, y se iniciaron los tiempos de:

**D) Resección:**

- a) Sección del estómago en la zona antral a unos 10 centímetros del píloro.
- b) Sección del colédoco en la zona pedicular, por encima del duodeno.
- c) Sección del duodeno III, ligeramente a derecha de la vena mesentérica. Cierre del cabo distal en dos planos (catgut-lino). En esta forma se conservó la mitad izquierda de duodeno III, duodeno IV, ángulo duodeno yeyunal y la primera asa yeyunal. El objetivo de ésta conducta fué conservar la secreción alcalina de este sector, útil a neutralizar el contenido ácido gástrico que invade bruscamente el yeyuno. La justificación de ello está en dos hechos de distinto carácter:

—Patológico: la lesión era fundamentalmente de la ampolla de Vater, no siendo por tanto necesaria la resección extensa duodenal.

—Anatómico: el proceso uncinatus del páncreas no llegaba en contacto con los vasos mesentéricos superiores, por lo cual fué fácil liberar duodeno III en esa zona, sin riesgos para la irrigación del resto del duodeno y del ángulo duodeno - yeyunal.

d) Sección del páncreas a la izquierda de los vasos mesentéricos, previa liberación del lecho de la vena porta.

e) Desplazamiento del páncreas hacia la derecha liberándolo totalmente de sus vinculaciones vasculares seccionando los vasos pancreá-

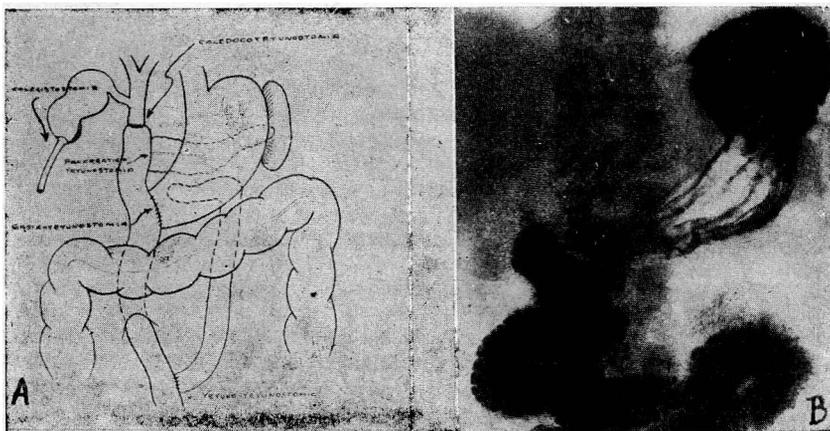


FIG. 1. — A) Esquema que muestra la disposición de las anastomosis, una vez terminada la operación. B) Estudio radiológico post-operatorio del estómago y la anastomosis gastroyeyunal.

tics duodenales derechos y pequeñas venas pancreáticas que desaguan directamente en la vena porta.

f) Exéresis en bloque de la pieza operatoria que comprende:

—Antro gastro - píloro.

—Duodeno I - II y dos tercios de III.

—Cabeza y cuello pancreático.

—Colédoco retroduodeno pancreático.

—Vaina célula linfática duodeno pancreático cefálica.

**E) Reconstrucción de la continuidad digestiva (ver fig. 1 A).**

De muy diversas maneras se puede reconstruir la continuidad digestiva luego de esta intervención. Preferimos utilizar la técnica que se describe a continuación por ser de las que da mejor resultado fisiológico porque proporciona.

—Asa yeyunal totalmente desfuncionalizada.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

—Entrada directa de jugos alcalinos al yeyuno, en la zona más alta, previa al pasaje gastro-yeyunal, con lo cual se obtiene una alcalinización del yeyuno anastomótico.

Los tiempos fueron realizados en la siguiente forma:

- a) Sección del yeyuno a 40 ctms. del ángulo duodeno-yeyunal.
- b) Sección de su mesenterio, conservando la vascularización.
- c) Pasaje del cabo distal al piso supramesocólico a través del mesocolon transversal en su parte derecha.
- d) Colédoco yeyunostomía término terminal en dos planos (catgut 00 - lino 100).
- e) Pancreático-yeyunostomía. Para realizar ésta se practicaron los siguientes tiempos:

—Dissección del canal de Wirsung dilatado en una distancia de 5 milímetros. Las paredes eran muy delgadas.

—Cierre de la sección del cuello del páncreas, acercando con puntos en U, ambos bordes de sección de la cápsula (anterior y posterior), dejando el Wirsung libre.

—Sección longitudinal de la seromuscular yeyunal en el borde ante mesentérico del asa anastomótica, por debajo de la anastomosis colédoco-yeyunal.

—Fijación de la sección posterior de la cápsula pancreática a la sección seromuscular yeyunal.

—Se pretende hacer una sutura mucosa a mucosa del Wirsung al yeyuno. Dado la delgadez de las paredes del canal los puntos cortan, por lo cual se practica la técnica de la sutura necrosante (Cattell), usando catgut 00, en vez de seda, como aconseja su autor. La técnica comprende:

Ligadura del canal de Wirsung.

—Transfixión distal a la ligadura, pasaje de este punto a través de la mucosa yeyunal y cierre del punto para provocar necrosis y comunicación pancreática yeyunal.

—Fijación de la cápsula pancreática a la sección de la seromuscular yeyunal, con lo cual se cierra la brecha realizada en ella y se cubre la zona de sección del cuerpo del páncreas.

f) Gastroyeyunostomía terminolateral, fijando la brecha mesocólica al yeyuno y al estómago.

g) Yeyuno-yeyunostomía terminolateral.

h) Fijación de la sección del mesenterio para no dejar brechas.

i) Colecistostomía a la Mayo. Exteriorización de la sonda por contra-abertura.

F) **Drenaje aspirativo doble (anterior).** — Colocado por delante de la unión pancreática yeyunal, exteriorizado por detrás del estómago y a través del epiplón gastrocólico, en el flanco izquierdo por contra-abertura.

Posterior. Colocado por detrás de la anastomosis biliar y pancreática yeyunal, exteriorizado directamente en el flanco derecho.

G) Cierre de la pared abdominal. Durante el acto quirúrgico se administraron: 1300 c.c. de sangre. 1000 c.c. de suero.

D. S. N. — Examen anatómico patológico.

**Examen macroscópico.** — Dr. J. F. Cassinelli (31 - V - 54).

Fragmento constituido por la última porción del antro pilórico y un segmento de duodeno aprox. de 12 cms. de longitud; en su porción inferior se observa la Ampolla de Vater, haciendo prominencia hacia la cavidad intestinal, en forma de un hemcilindro de 2,5 cms. de largo y 1,5 cm. de diámetro, recubierta por una mucosa distendida, alisada, congestiva; el orificio de ampolla mide casi 5 mm., y a su través se exterioriza un tejido tumoral friable. Prominencia de los folículos linfoides de la mucosa duodenal. La pieza comprende además una porción de páncreas. Se practica un corte longitudinal de la pieza a lo largo del colédoco, hasta la Ampolla de Vater; se observa que la cavidad de la Ampolla de Vater, está ocupada en una extensión de casi 2 cm. por una masa de tejido tumoral que además infiltra la pared; por detrás, el colédoco está distendido; se observa la desembocadura del conducto de Wirsung, exactamente a nivel de la masa tumoral ampular.

**Histología** de un corte mediano total de la ampolla tumoral, con una porción de parénquima pancreático vecino, y en éste, una extensión de canal Wirsung.

**Informe histológico.** — Dr. J. F. Cassinelli (9 - VI - 954).

Toda la Ampolla de Vater, está llena por una neoformación epiteliomatosa glanduliforme, papilar y en partes microquistica, de células cilíndricas, que infiltra las paredes de la vía excretora, pero que no invade la pared duodenal (excepto en la zona que reviste la terminación intraduodenal de la papila), ni el páncreas adyacente.

Se observa netamente la terminación de la masa epiteliomatosa en un punto por delante de lo que nos parece ser la terminación de un conducto pancreático en el colédoco (confluencia colédoco - pancreática). Ulceración de la mucosa duodenal que reviste la porción intra - intestinal de la papila (fig. 2).

**Examen macroscópico** (29 - 5 - 954).

Aparte de la pieza operatoria de pancreato - duodenectomía (ficha H.H. 207), se recibieron: a) un trocito de pared vesicular, y b) dos fragmentos biópsicos de la masa tumoral de la ampolla vateriana, tomados al comienzo de la intervención.

**Informe histológico.** — Dr. J. F. Casinelli (2 - VI - 1954).

A) Fragmento de pared vesicular con lesiones inflamatorias crónicas intersticiales-difusas, en actividad.

B) Fragmentos de un epiteliooma cilindro celular, vegetante papilar e infiltrante con necrosis y hemorragia; estroma fibroso, integrado con

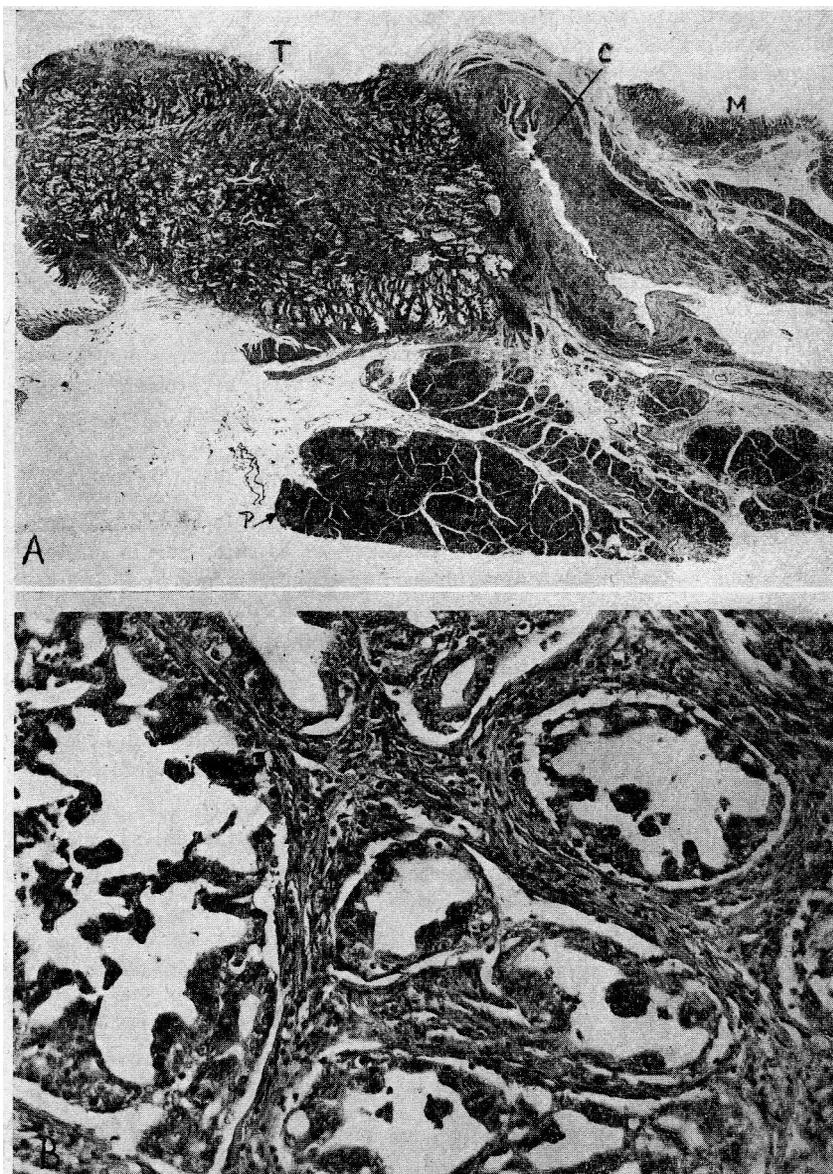


FIG. 2. — A) Corte topográfico a nivel de la ampolla de Vater, donde puede apreciarse el tumor (T), el colédoco (C), el páncreas normal (P), y la mucosa duodenal normal (M). — B) El tumor a gran aumento, pudiéndose apreciar que se trata de un epiteloma glanduliforme papilar y en partes microcístico.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

algunas fibras musculares lisas, y con infiltración celular inflamatoria crónica. Muchas de las cavidades adenocarcinomas tienen apariencia microquística, y en su interior, proliferan vegetaciones papilares (tipo de adenocarcinoma microquístico y papilar).

**Post - operatorio.** — El post - operatorio se encaró desde un doble punto de vista:

—Hacia los cuidados habituales en un post - operatorio de una intervención de magnitud.

—Hacia la vigilancia de las consecuencias que pueden derivar de una exéresis pancreático duodenal.

La evolución del paciente en el curso de las primeras 48 horas, fué francamente favorable. El estado general, el pulso, la presión arterial se mantuvieron dentro de los límites normales. La diuresis discretamente baja.

La colecistostomía drena 150 c.c de bilis diaria.

El drenaje del flanco derecho no da absolutamente nada; mientras que el del flanco izquierdo moja ligeramente el apósito, por lo cual se instala la aspiración continua obteniéndose aproximadamente unos 100 c.c. por día, durante los tres primeros del post - operatorio. Este exudado peritoneal tiene actividad amilo y lipolítica, 160 de actividad amilolítica (Myers) y 0.45 actividad lipolítica (Myers).

En vista de ello y temiendo la necrosis pancreática o la fistulización, se inicia la administración de bromuro de Metantelina, a la dosis de 600 mgrs. diarios, que se mantiene durante 8 días, con objeto de disminuir la actividad funcional pancreática.

Al 7º día, en vista de que ambos drenajes no dan nada, se retiran.

El tránsito digestivo se recupera notándose inmediatamente dos hechos importantes:

- a) Disminución progresiva de la ictericia.
- b) Recoloración de las materias fecales.

El tubo de colecistostomía, mantiene un drenaje discreto de 100 c.c.

Al 10º día se cierra con objeto de aprovechar la totalidad de la bilis, ya que el tránsito digestivo se ha normalizado. En algunas oportunidades hay que abrir el tubo, pues aparecen episodios de cólicos intestinales y deposiciones líquidas verdosas.

Progresivamente el paciente se va adaptando y a partir del 18º día del postoperatorio, permanece con el tubo cerrado permanentemente.

La glicemia permaneció dentro de valores normales durante el post - operatorio. 0 gr. 95 % preoperatorio y valores entre 1.29 % y 1 en dosificaciones realizadas hasta el 20º días del postoperatorio.

No hubo variaciones en la actividad amilolítica de la sangre, ni de la

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

orina. La amilasa sanguínea mantuvo siempre la cifra de 16 u Wolhgemuth hasta los 20 días

Se investiga la actividad amilolítica en el estómago, al 5º día siendo esta búsqueda negativa.

El hematocrito de 38 % en el preoperatorio tuvo alternativas discretas descendiendo al 32 o 34 %.

La proteinemia bajó de 7.22 % hasta 5.20 % en el postoperatorio, recuperándose luego a valores de 7.61 a los 15 días de operado.

La cloremia varió de 5 grs 30 ‰ en el preoperatorio a su valor mínimo de 3 grs. a los 12 días de operado, recuperándose a 5.8 ‰ a los 18 días.

La bilirrubinemia acusaba valores de:

Total 37.5 mlgrs. %.

Cloroformo extraíble: 0.37 mlgrs. % en el preoperatorio.

Comenzando a descender progresivamente en el post operatorio hasta alcanzar a los 30 días de operado la cifra de:

Total: 2 mlgrs. %.

Cloroformo extraíble: 0.25 mlgrs. %.

Coincidiendo esto con la desaparición total de la ictericia.

El tiempo de coagulación y de sangría, así como el de protrombina no evidenciaron modificaciones de importancia en su evolución.

Se controló cuidadosamente el régimen alimenticio a proporcionar al paciente durante toda la evolución del postoperatorio.

Los primeros días el paciente recibió agua citratada a razón de 50 c.c. por hora. Al tercer día se le administra 100 grs. de caseinato de calcio, una dosis total de líquidos, caldo salado, te de 2.500 c.c. en las 24 horas.

Al 6º día se inicia la dieta con 1.400 cal. repartidas en la siguiente forma: Proteínas 150 grs. Hidrato de carbono 200 grs. Sin grasas. Al 13º día se le aumenta 30 grs. de líquidos subiendo su valor calórico a 1.870 calorías. A los 15 días se le aumentan los líquidos a 50 grs. dada la excelente tolerancia del paciente.

Lentamente se hace un régimen más completo, hasta el momento actual, en el cual se alimenta sin restricciones.

**BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY**

<b>Operación</b>	<b>31/V/54</b>	<b>17/V</b>	<b>25/V</b>	<b>1º/VI</b>	<b>3/VI</b>	<b>5/VI</b>
Bilirrubinemia total	37.5 mgrs. %	16 mgrs. %	16 mgrs. %			
Clorf. Ext.	0.37 "	0.37 "	2			
Proteinemia	7.22 grs. %	6.08 %	6.13 %			
Serinas	4.64 "	3.56 %				
Globulinas	2.58 "	2.52 %				
Colesterol	2.80 grs. %					
T. Protrombina	15''				16''	15''
T. Coagulación	10'				9'	7'
T. Sangría	1'30''				2'30''	1'
Glicemia		0.95 ‰	1.29 ‰	1.14 ‰	1.08 ‰	
Hematocrito		38 %	33 %	32 %		
Cloruria		5.30 grs. ‰				0.70 ‰
Amilasemia		16u W.			16u W.	16u W.
Amilasuria			64u W.	32u W.		
Peso Corporal		66 Kls.				



ESTUDIOS RADIOLOGICOS PER Y POSTOPERATORIOS

31 - V - 54. — Se comprueba marcada dilatación de la vía biliar principal y dificultad al pasaje al duodeno, apareciendo la extremidad terminal del colédoco como amputada e irregular.

1º - VI - 54. — Pequeño neumoperitoneo. No hay alteraciones de los campos pulmonares.

3 - VI - 54. — Se comprueba distensión gaseosa especialmente en

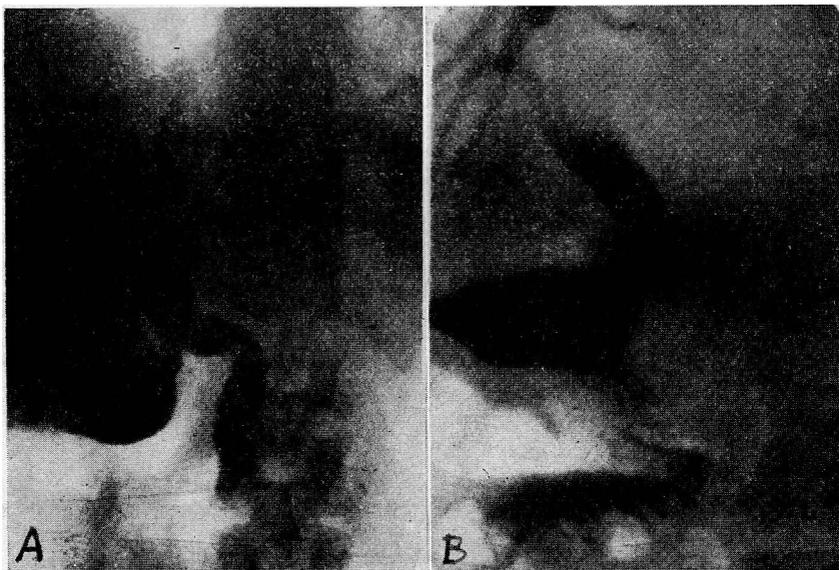


FIG. 3. — A) Colangiografía realizada en el curso de la intervención quirúrgica. Se puede apreciar la dilatación de la vía biliar principal y la amputación del colédoco a nivel de la ampolla de Vater, que impide el pasaje de la sustancia opaca al duodeno. B) Colangiografía realizada en el curso del post-operatorio. Se aprecia la vesícula bien rellena, el hepato-colédoco desembocando directamente en un asa yeyunal, la que se hace bien visible por la sustancia opaca que la rellena.

colon transverso. En el H. I. parecen existir algunas asas delgadas distendidas.

12 - VI - 54. Opacidad en forma de trazos lineales en hemitórax izquierdo.

28 - VI - 54. — Muñón gástrico dilatado con retención de líquido. El pasaje a través de la anastomosis gastroyeyunal, se hace lentamente. Se observa distensión gaseosa en delgado y grueso con algunos niveles líquidos en el delgado.

Hacemos notar que el paciente estaba sometido en este momento a la acción del bromuro de Metantelina.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

30 - VII - 54. — Muñón gástrico residual sin signos de lesión y con buena funcionalidad (fig. 1 B).

10 - VII - 54. — Colangiografía post - operatoria (fig. 3 B).

Estudio coprofuncional: previo régimen de Schmidt mostró la ausencia de grasas neutras, con lo cual se puede considerar como aceptable la función exócrina del páncreas.

En el momento actual a cuatro meses de la intervención, el paciente se encuentra en excelente estado general, se alimenta sin trastornos, realiza sus tareas con buenas condiciones físicas, no habiendo evidencia clínica de consecuencias del acto quirúrgico, al cual fué sometido, ni de recidivas o metástasis de la lesión que obligó a ese tratamiento.

Después de terminado este trabajo fué visto el paciente en el mes de junio de 1955, encontrándose en perfectas condiciones.

### BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- BRUNSCHWIG, A. — "Resection of the head of the pancreas and duodenum for carcinoma - pancreatoduodenectomy". Surg., Gynec. and Obst., 65: 681 - 684, 1937.
- BRUNSCHWIG, A. — "Tratamiento quirúrgico del cáncer del cuerpo del páncreas". Anales de Cirugía, 3: 1382 - 1932, 1944.
- BRUNSCHWIG, A. — "One stage pancreatoduodenectomy". Surg., Gynec. and Obst., 85: 161 - 164, 1947.
- BRUNSCHWIG, A. — "Pancreatoduodenectomía: Una operación "curativa" para las neoplasias malignas en la región pancreatoduodenal. Informe de tres pacientes que han sobrevivido más de 5 años". Ann. Surg. (Vers. castell.), 11: 62 - 77, 1952.
- BRINTNALL, E. S. — "Technical considerations in resection of the head of the pancreas". Surg., Gynec. and Obst., 95: 181 - 183, 1952.
- BOWDEN, L. — "The fallibility of pancreatic biopsy". Ann., Surg., 139: 403, 1954.
- CATTELL, R. B. — "Resection of the pancreas; discussion of special problems". S. Clin. North America, 23: 753 - 766, 1943.
- CATTELL, R. B. — "Radical pancreatoduodenal resection for carcinoma of the ampulla of Vater". S. Clin. North America, 24: 640 - 647, 1944.
- CATTELL, R. B. — "Anastomosis of the duct of Wirsung; its use in palliative operations for cancer of the head of the pancreas". S. Clin. North America, 27: 636 - 643, 1947.
- CATTELL, R. B. — "A technic for pancreatoduodenal resection". S. Clin. North America, 28: 761 - 775, 1948.
- CATTELL, R. B. and PYRTEK, L. J. — "Appraisal of pancreatoduodenal resection; follow - up study of 61 cases". Ann. Surg., 129: 840 - 849, 1949.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- CATTELL, R. B. and WARREN, K. W. — "Surgery of the pancreas". W. B. SAUNDERS C<sup>o</sup>, London, 1953.
- COSCO MONTALDO, H. — "Cáncer de la cabeza del páncreas. Duodeno-pancreatometomía cefálica". Bol. Soc. Cir. Uruguay, 22: 476 - 480, 1951.
- CHILL - ELLIS. — "Pancreaticoduodenectomía". Ann. Surg. (Vers. castellana). 10: 1147 - 1157, 1951.
- DRAGSTEDT, L. R. — "Some physiologic problems in surgery of the pancreas". Ann. Surg., 118: 576 - 593, 1943.
- DELANNOY, E. — "Considerations techniques sur la duodéno-pancreatometomie". Journ. Intern. de Chir. VIII: 1023 - 1047, 1948.
- FALLIS, L. S. y SZALAGYL, D. E. — "Observaciones sobre ciertas modificaciones metabólicas después de pancreatoduodenectomía total". Ann. Surg. (Vers. castell.). 7: 1936 - 1963, 1948.
- HARVEY, S. C. and OUGHTERSON, A. W. — "The Surgery of carcinoma of the pancreas and ampullary region". Ann. Surg., 115: 1066 - 1090, 1942.
- HUNT, V. C. — "Surgical management of carcinoma of the ampulla of Vater and of the periampullary portion of the duodenum". Ann. Surg., 114: 570 - 602, 1941.
- HUNT, V. C. and BUDD, J. W. — "Transduodenal resection of ampulla of Vater for carcinoma of distal end of common duct with restoration of continuity of common and pancreatic ducts with duodenum". Surg., Gynec. and Obst., 64: 651 - 661, 1935.
- LASHER, E. F. and Mc CABE, M. M. — "Changes in coagulation time associated with experimental acute pancreatitis in dogs". Arch. Surg. 60: 167 - 169, 1950.
- LARGHERO YBARZ, P. — "El cáncer de la cabeza del páncreas. Estudio patológico. Su aplicación al diagnóstico precoz por la prueba funcional con la secretina". Bol. Soc. Cirug. Uruguay. XX: 337, 1949.
- MILLER, E. M. and CLAGETT, O. T. — "Survival five years after radical pancreatoduodenectomy for carcinoma of the head of the pancreas". Ann. Surg., 134: 1013 - 1017, 1951.
- MILLER, E. M.; DOCKERTY, M. B.; WOLLAEGER, E. E. and WAUGH, J. M. — "Carcinoma in the region of the papilla of Vater: A study of cases in which resection was performed". Surg., Gynec. and Obst., 92: 172 - 182, 1951.
- MATHESON, N. M. and KEELE, K. D. — "A radiological appearance of the papilla Vater in pancreatic disease". Brit. J. Surg. 36: 329 - 331, 1948 - 1949.
- ORR, T. G. — "Resection of duodenum and head of pancreas for carcinoma of ampulla". Surg., Gynec. and Obst., 73: 240 - 243, 1941.
- OWENS, F. M. — "El problema de la úlcera péptica después de la pancreatometomía". Ann. Surg. (Vers. castell.). 7: 1302 - 1306, 1948.

- PEARSE, H. E. — "A simplified anastomosis for resection of duodenum and head of the pancreas". Surg., Gynec. and Obst., 75: 333 - 336, 1942.
- RIPSTEIN, CH. B. — "Surgical aspects of pancreatic disease". Rev. Gastroenterol. 19: 203 - 216, 1952.
- STAFFORD, E. S.; TRIMBLE, I. R. and CLASSEN, J. N. — "Results of treatment of carcinoma of pancreas". Ann. Surg., 139: 800 - 806, 1954.
- TRIMBLE, I. R.; PARSONS, J. W. and SHERMAN, C. P. — "A one-stage operation for the cure of carcinoma of the ampulla of Vater and the head of the pancreas", Surg., Gynec. and Obst., 73: 711 - 722, 1941.
- WHITFIELD, A. G. W.; GOUREVITCH, A. and THOMAS, G. — "Metabolic effects of total pancreatectomy in man". Lancet, 262: 180-183, 1952.
- WHIPPLE, A. O.; PARSONS, W. B. and MULLINS, C. R. — "Treatment of carcinoma of the ampulla of Vater". Ann. Surg., 102: 763-779, 1935.
- WHIPPLE, A. O. — "Surgical treatment of carcinoma of the ampullary region and head of the pancreas". Am. J. Surg., 40: 260 - 263, 1938.
- WHIPPLE, A. O. — "Rationale of radical surgery for cancer of the pancreas and ampullary region". Ann. Surg., 114: 612 - 615, 1941.
- WHIPPLE, A. O. — "Pancreaticoduodenectomy for islet carcinoma. A five year follow-up". Ann. Surg., 121: 847 - 852, 1945.
- WHIPPLE, A. O. — "Observations on radical surgery for lesions of the pancreas". surg., Gynec. and Obst., 82: 623 - 631, 1946.
- WHIPPLE, A. O. — "Tumors of the pancreas and ampulla". Surg., Gynec. and Obst., 93: 112. 1951.

**Dr. R. García Capurro.** — Voy a hacer un pequeño comentario al muy brillante y bien documentado caso que nos ha traído el Dr. Suiffet.

Hace ahora algo más de tres años, que yo presenté en la Sociedad de Cirugía un caso de duodeno-pancreatectomía practicada por un adeno-carcinoma del páncreas y he quedado comprometido con esta Sociedad de mantenerla informada sobre la evolución del mismo. Ese enfermo ha tenido una evolución muy buena, lo he visto hace un mes, su estado general es excelente y realiza sus tareas de cocinero a entera satisfacción.

A pesar de que los tumores de la Ampolla de Vater, son más frecuentes y más operables que los del páncreas, no he tenido ocasión de tratar ninguno.

Por el contrario, me he encontrado varias veces frente a tumores pancreáticos.

Hace dos meses y medio tuvimos que operar junto con el Dr. Marín, aquí presente, una enferma estudiada por él. Voy a relatar el caso muy

brevemente. Se trata de la señora M. Z. A. de C., de 60 años de edad, que sufría hacía varios años de un síndrome dispéptico difícil de clasificar y en el cual llamaba la atención un dolor dorsal derecho. El estudio practicado por el Dr. Marín había sido muy completo, lo único que se había obtenido eran estudios radiográficos en que el antro del estómago se encontraba disminuído y no se distendía. El radiólogo no afirmaba la existencia de una lesión, pero ante el adelgazamiento, el sufrimiento continuado y esa deformación del antro, decidimos intervenir. Encontramos que en el páncreas detrás de la primera porción del duodeno y del antro exactamente por delante de los vasos mesentéricos superiores había una lesión dura, irregular que daba al tacto la sensación de una lesión neoplásica, pero no alcanzaba a comprimir las vías biliares. Esta enferma no tenía ictericia.

Decidimos hacer una duodeno - pancreatometomía extirpando la cabeza y parte del cuerpo del páncreas.

Antes de continuar con la técnica realizada haré unos comentarios sobre la táctica a seguir. Estoy completamente de acuerdo con el doctor Suiffet, en que siempre que sea posible, la intervención debe hacerse en un tiempo. Hace cosa de cinco años empezamos a trabajar este tema hice una tentativa de efectuarla en dos tiempos y tuve la mala ocurrencia de explorar durante el primer tiempo para ver si el tumor era extirpable. Cuando quise hacer la segunda intervención, las adherencias que se habían formado, no me permitieron realizarla. Más adelante he encontrado que muchos cirujanos han tenido esta misma experiencia, por lo tanto coincidimos con el Dr. Suiffet, en que debe realizarse la operación en dos tiempos solamente cuando sea completamente imposible hacer la operación completa. Ese primer tiempo debe ser lo más pequeño posible, limitándose a una derivación biliar sin exploración.

En esta enferma se practicó una extirpación del tercio inferior del estómago, el duodeno, la cabeza del páncreas, el cuello y unos tres centímetros del cuerpo del páncreas. La reconstrucción la realizamos exactamente en la misma forma que ya describimos hace tres años, la primera ansa intestinal fué pasada al través del mesocolon y sobre ella fueron anastomosados el colédoco y el corte del páncreas. Tanto el colédoco como el Wirsung, fueron atados sobre tubos de poli-etileno, que fueron abandonados dentro del intestino. El estómago fué anastomosado al ansa yeyunal, treinta centímetros por debajo de la anastomosis pancreática dejando la gastro-yeyunostomía en el piso infra-mesocólico.

Se muestran las radiografías post-operatorias en las que se ve muy poco reflujo en el ansa aferente.

El examen anatomo patológico, mostró que la lesión era un adenoma canalicular del páncreas, sin degeneración maligna.

La enferma mejoró, evolucionando muy satisfactoriamente, no habiendo en el post-operatorio, trastornos del metabolismo hidrocarbonado. Una serie de factores que se han mejorado, técnica más perfecta, mejor estado del enfermo; una serie de pequeños problemas que se han resuelto

y que de hecho hacen que estas operaciones deban realizarse cuando el cirujano se encuentra frente a un tumor pancreático y que el no tiene derecho a retirarse y creer que la intervención no es practicable. Hoy día el cirujano en tales circunstancias tiene la obligación de seguir la intervención.

En la cirugía de extirpación de la cabeza del páncreas y del duodeno, cuando se hace por tumor de la ampolla de Vater, se supone que, como regla general, los vasos mesentéricos no van a estar tomados. Cuando se trata de un tumor del páncreas generalmente los vasos mesentéricos se encuentran más o menos adherentes, y lo primero que tiene que hacer el cirujano para saber si puede practicar la intervención es tratar de pasar por detrás del cuello del páncreas a lo largo de los vasos mesentéricos.

Hace tres años, como comentario al caso presentado por mí, el doctor Ugón, habló de la difícil situación en que se encuentra el cirujano para decidir la pancreatectomía cuando comprueba un tumor del páncreas. El anatómo-patólogo, durante la intervención no puede ayudar a decidir este problema, dado que la biopsia aún siendo negativa no da la seguridad pues el estudio de la pieza tendría que ser extenso. Esa situación tan angustiosa en que se encuentra el cirujano, ha mejorado en algo, dado que al ser mejor el pronóstico de estas operaciones se encuentra justificado el practicar una pancreatectomía, aún en casos de tumor benigno.

Tuve ocasión, hace ya veinte años, de ver los primeros enfermos operados por tumor de páncreas por muy buenos cirujanos argentinos y es evidente que el panorama ha cambiado totalmente. Hoy esta cirugía puede practicarse con un margen de seguridad que autoriza al cirujano a realizarla, y diría aún más: el cirujano tiene obligación de realizarla.

**Dr. W. Suiffet.** — Son mis deseos agradecer la atención que han dispensado los oyentes a esta modesta colaboración al tema, y lo que ha dicho el Dr. García Capurro a propósito de su caso.

Dejando de lado problemas de táctica y técnica quirúrgica, que están al alcance de todo cirujano avezado, hay un aspecto importante a considerar. Nosotros lo hemos pasado por alto, pero el Dr. García Capurro ha insistido en él: nos referimos al diagnóstico operatorio. Todos los demás problemas pueden ser solucionados, pero el diagnóstico operatorio crea situaciones angustiosas. Estamos de acuerdo con García Capurro en que hay que valerse de las investigaciones anatómo patológicas macroscópicas operatorias para poder decidir la exéresis. El riesgo hay que medirlo frente a la posibilidad de practicar una resección duodeno-pancreática en un proceso de pancreatitis crónica o de retirarse sin actuar sobre una lesión extirpable quirúrgicamente. Cattell insiste en este aspecto y llega a la conclusión que la biopsia puede dar lugar a confusión, e insiste que en la mayoría de los casos hay que decidirse por datos macroscópicos.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

En la actualidad, la colangiografía operatoria transvesicular, que no insume mucho tiempo, puede proporcionar datos que justifiquen una intervención de magnitud como la duodenopancreatectomía. Bowden dice de las posibilidades de error en la biopsia pancreática realizada en el acto quirúrgico. Analiza casos donde la toma biopsica mostró pancreatitis crónica y la evolución del caso, la presencia de un neoplasma. Sólo se tomó zona de páncreas vecina al tumor. En nuestro caso había una cabeza de pancreas gruesa, en la cual el estudio mostró sólo pancreatitis crónica. Hay que considerar además la dificultad de reconocer en una biopsia congelación, las diferencias entre neoplasma y pancreatitis crónica.

Por tanto hay que prepararse para enfrentar la exéresis cada vez que se aborda un paciente en condiciones posibles de ser un neoplasma pancreático y resolver el acto quirúrgico de acuerdo a los hallazgos operatorios, aún con el riesgo de error frente a la pancreatitis crónica. Bowden insiste que aún así las condiciones son favorables al neoplasma

En nuestro caso el diagnóstico clínico se planteó frente al sondeo duodenal realizado por el Dr. Arcos Pérez y el operatorio se confirmó por la macroscopia, la colangiografía operatoria y la duodenotomía que permitió explorar la papila.

Es necesario esforzarse para realizar el diagnóstico pre e intraoperatorio y resolver el caso en el primer acto quirúrgico. Las intervenciones escalonadas agravan enormemente los riesgos en este particular proceso.

---