

QUISTE RECIDIVADO DE PANCREAS. PANCREATECTOMIA DE CUERPO Y COLA (*)

Dr. José A. Piquinela

Olga G. de L., 35 años, ingresa al Hospital Italiano en mayo de 1957 con dolores epigástricos y de flanco izquierdo, que aparecen especialmente después de la ingestión de alimentos, carne y grasas sobre todo, que irradian a la región lumbar del mismo lado y al hipogastrio y que se han ido intensificando progresivamente desde su aparición relativamente brusca hace dos meses, hasta el momento de su ingreso; se acompañan de vómitos alimenticios y biliosos; raramente aparecen fuera de las comidas. Se trata de una enferma delgada que ha perdido 6 kilos de peso desde el comienzo de sus sufrimientos y que presenta una fatiga creciente que la obliga a guardar cama; conserva el apetito aunque ha restringido considerablemente su alimentación por temor a los dolores. Presenta una cicatriz de lumbotomía izquierda y otra cicatriz de transversa izquierda a la altura del ombligo, que corresponden a dos intervenciones practicadas en 1951. Se palpa una tumefacción en el flanco izquierdo, a nivel y por encima de la cicatriz transversa, profundamente situada, lisa, de consistencia firme, fija y sensible, con contacto lumbar. Resto del examen s/p.

En marzo de 1951, consultó por un cuadro similar que databa de un mes y una tumefacción palpable en flanco izquierdo. Se le practicó en abril de ese año una primera intervención por vía lumbar; tumor quístico retroperitoneal; líquido hemorrágico, con 700 unidades pancreáticas; drenaje. Un mes después fue operada por vía abdominal; incisión transversa supraumbilical con sección del recto izquierdo; quiste pancreático íntimamente adherido a cara posterior de estómago y a cara anterior de mesocolon transverso; liberación y extirpación del quiste; cierre de la retrocavidad; cierre de la incisión por planos. Post-operatorio: sin incidentes.

Examen de la pieza (Dr. Cassinelli): pared de estructura conjuntiva de neoformación con fuerte infiltración hemorrágica, restos de exudación purulenta y necrosis en uno de los extremos; bandas de tipo escleroso por

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 26 de marzo de 1958.

fuera de la cual hay una porción de parénquima pancreático infiltrado, disociado y atrofiado por esclerosis intersticial.

No hay en esta enferma historia de traumatismo ni antecedentes de cuadro agudo doloroso, único o repetido, que sugiera una pancreatitis previa. El examen radiológico evidencia una masa retrogástrica que desplaza el estómago hacia adelante y deja su huella en cara posterior y gran curva.-(Fig. 1 y 2).

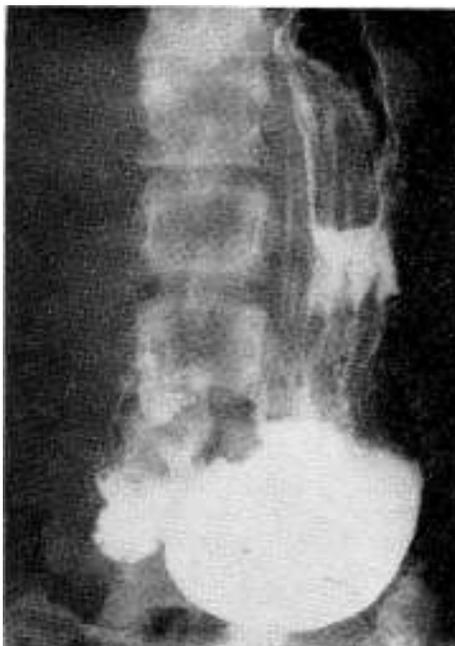


FIG. 1

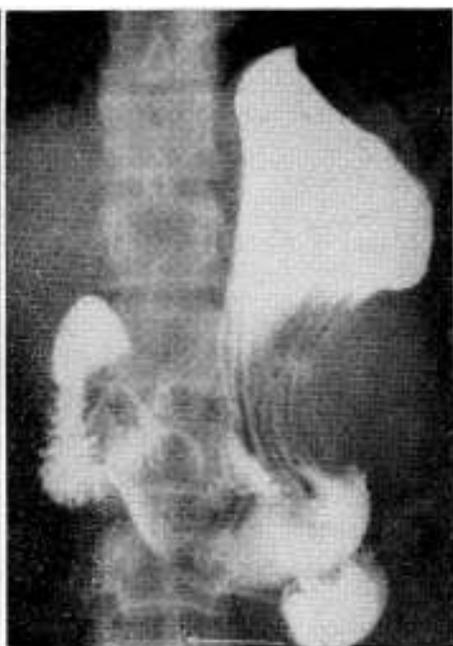


FIG. 2

Intervención. — 15-VI-57. Prof. Piquinela. Dr. Pizzolanti. Pte. Reinoso. Anestesia general gases (Dr. Plá). Incisión transversa supraumbilical alta, resecaando la cicatriz cutánea de la operación anterior. Estómago adherido extensamente a toda la cicatriz y al peritoneo parietal anterior; liberación y peritonización. Quiste voluminoso y a gran tensión, de paredes espesas, surcado por gruesos vasos, que emerge por encima del mesocolon transversal al que desplaza abajo y del que es fácil liberarlo. El quiste ocupa la cola del páncreas y parte del cuerpo. Se le libera cuidadosamente del riñón izquierdo y pedículo correspondiente al que adhiere firmemente. Bazo muy alto (enferma longilínea, con tórax largo y base estrecha). Separación del quiste del pedículo esplénico del que vienen vasos gruesos y tortuosos, dos de los cuales se desgarran dando origen a una hemorragia muy importante. Punción y vaciado del quiste. Liberación del ángulo duodeno-yeyunal al que adhiere íntimamente; peritoniza-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

ción ulterior. Separación del quiste de la vena mesentérica inferior; adhiere densamente al vaso. Aislamiento del cuello del páncreas identificando la embocadura de la vena mesentérica inferior en la vena esplénica y la unión de ésta con la vena mesentérica superior. Sección del páncreas que sangra profusamente, sutura del muñón pancreático con puntos de seda. Control de hemostasis; tubo en cigarro en la logia que se saca por contraabertura. Sutura del epiplón gastrocolónico y cierre de la pared por planos; lino en la piel.

Post-operatorio. — Sin incidentes; el tubo se retira a las 48 horas; alta a los diez días. A un año de operada se encuentra perfectamente bien;

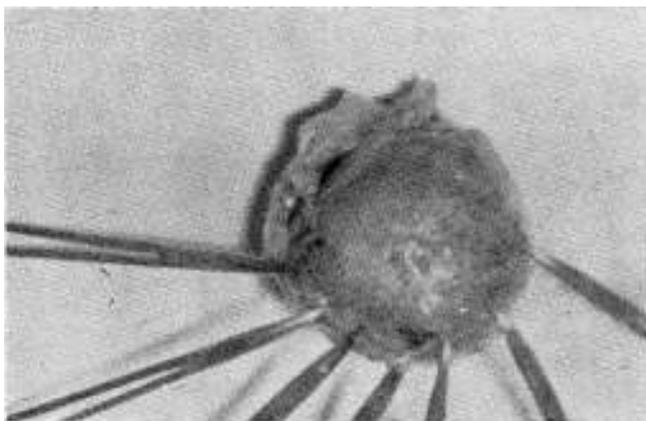


FIG. 3 (mitad del natural)

ha aumentado de peso y los exámenes de laboratorio no acusan ninguna perturbación funcional pancreática.

Examen anatómo-patológico. — (Dr. J. F. Cassinelli). Tumorción quística parcialmente desgarrada, vacía; mide casi 7 ½ cms. de diámetro; pared fibrosa de 5 mm. de espesor promedialmente; superficie externa con porciones de parénquima glandular adherido firmemente; superficie interna arrugada, grisácea, con manchas rojizas y ocreas (Fig. 3). Microscópicamente se examinaron 4 fragmentos, comprendiendo todo un corte ecuatorial de la cavidad. Se trata de una pared conjuntiva fibrosa de neoformación inflamatoria, con superficie interna de granulación, con restos de masas de fibrina en organización, numerosos depósitos de hemosiderina, infiltración celular crónica de moderada intensidad, algunos islotes de Langerhans como únicos vestigios del parénquima desaparecido por atrofia y porciones de páncreas mejor conservado integrando el espesor parietal en algunas zonas.

Los quistes pancreáticos no constituyen una afección frecuente, lo que hace necesariamente limitada la experiencia de cada

cirujano, pero es evidente que su aspecto clínico variable y los procedimientos quirúrgicos empleados para tratarlos dan un interés real al problema. Dos tipos pueden encontrarse: los quistes verdaderos (de origen congénito, por retención o canaliculares, parasitarios y tumorales: cistoadenoma benigno, cistoadenocarcinoma, teratomas) y los pseudoquistes (inflamatorios o traumáticos), colecciones localizadas de sangre o jugo pancreático o ambos, adyacentes al páncreas como resultado de un traumatismo (indirecto, directo, herida penetrante u operatoria) o de una pancreatitis. Salvo en los quistes parasitarios y en los dermoides, el líquido de todos estos quistes contiene una elevada concentración de enzimas pancreáticas.

Los quistes pancreáticos al desarrollarse, detenidos atrás por la solidez de la pared osteomuscular sobre la cual yace el órgano, se extienden hacia adelante proyectando el peritoneo en dirección anterior hacia arriba, abajo o lateralmente. Las rutas más comunes son: a) **entre estómago y colon transverso**, directamente hacia adelante, la más común, necesitando para abordarlos la incisión de la retrocavidad; b) **entre estómago e hígado**, hacia adelante y arriba, debiendo seccionarse entonces el epiplón gastrohepático y el peritoneo posterior para llegar al quiste; c) **entre las hojas del mesocolon transverso**, hacia adelante y abajo, **por detrás del transverso** que cruza el quiste **por delante**; el quiste puede ser abordado por encima del colon, seccionando el epiplón gastrocolónico y la hoja posterior de la retrocavidad, o por debajo del colon levantando el gran epiplón y el mesocolon, a través del mesocolon transverso; d) **entre las hojas del mesocolon transverso**, hacia adelante y abajo, **por debajo del colon transverso**, haciendo saliencia a través de la hoja inferior del mesocolon; se le aborda a través del gran epiplón. En nuestra enferma hacía emergencia entre el estómago y el colon, a izquierda de gran curva, y por encima de la mitad izquierda del transverso.

La sintomatología depende en buena parte de su etiología y de la localización, tamaño y tiempo de evolución. Los quistes por retención llegan a veces a alcanzar gran tamaño sin dar síntomas hasta que los anuncia la perturbación funcional de las vísceras adyacentes. En cambio pueden ser severos los que acompañan las colecciones postraumáticas o secundarias a necrosis agudas del páncreas. Entre el 15 y 30 % de los pacientes señalan en su historia, meses o años antes, una historia de trauma en el área pancreática o uno o más episodios dolorosos que hacen pensar en pancreatitis.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

La historia de nuestra enferma se inicia con **dolor** como sucede en el 80 a 90 % de los casos; epigástrico como en la mayoría de las observaciones y en flanco izquierdo, se irradia a región lumbar izquierda y a hipogastrio, es muy intenso y aparece principalmente después de las comidas, especialmente carne y grasas; se ha iniciado bruscamente y presenta a veces verdaderas exacerbaciones o crisis r lacionadas casi siempre con la ingestión de alimentos; fuera de las crisis queda un fondo doloroso sordo y profundo que la molesta mucho. En algunos casos relatados el dolor es mínimo

Presenta **vómitos** alimenticios y biliosos con relativa conservación del apetito; una historia de perturbaciones de la función gastrointestinal: náuseas, vómitos, distensión, anorexia, está señalada en un tercio de los pacientes. No hay ictericia, que en varios casos publicados parece vinculada en buena proporción a una colecistitis concomitante, a menudo litiásica.

La **pérdida** de peso hecho saliente en el 50 % de las historias clínicas, está presente en nuestra enferma lo mismo que la **fatiga**, relacionada naturalmente al adelgazamiento y que es hecho notorio en esta paciente. No hay diabetes asociada, que ha sido señalada en el 10 o 20 % de los casos, usualmente de mediana intensidad y de desarrollo insidioso. El hecho esencial en los quistes pancreáticos es la palpación de un **tumor** abdominal; constituye el signo más importante y está presente en el 90 % de los casos; según Bockus, lo han notado los mismos pacientes en casi la mitad de los casos hospitalizados. Por su carácter y localización frecuentemente sugiere la posibilidad de un quiste pancreático. La topografía más común es el epigastrio aunque como en nuestra enferma, puede palpársele en el flanco, netamente a izquierda de la línea media. Cuando adquiere gran tamaño puede alcanzar la pelvis y llegar a ocupar gran parte de la cavidad abdominal. Generalmente esférico, liso, de tamaño variable y no sensible, salvo en los de origen inflamatorio, era en nuestro caso moderadamente doloroso a la palpación, dando la sensación de colección líquida a gran tensión; en ciertos casos este último carácter puede sugerir la presencia de un tumor sólido. La movilidad depende de su localización y de la presencia o no de reacción inflamatoria alrededor y fijación consecutiva. Los quistes de cabeza y cuerpo son fijos, aunque pueden descender ligeramente en la inspiración; los de la cola tienen más movilidad y este carácter puede ser factor de dificultad de diagnóstico. En nuestro caso era absolutamente inmóvil lo que puede explicarse por las dos intervenciones anteriores.

Los quistes de la cola pueden ocultarse debajo del reborde costal y son difícilmente palpables, o aparecen en el flanco tomando las apariencias de un tumor renal. Un pielograma hace el diagnóstico y en términos generales puede decirse que el estudio radiológico es superior a los datos de percusión que para la localización en la extremidad distal han estudiado Judd y sus colaboradores: macidez en el domo del tumor, sono-

ridad intestinal en la periferia, banda de timpanismo entre el borde superior del quiste y el hígado.

No hay **datos de laboratorio** característicos —no los había en nuestra enferma— aunque deben hacerse siempre que se le sospeche, determinaciones de unidades pancreáticas, en suero y orina, así como estudio de la glucemia. La diabetes está presente en el 15 % de los casos y la elevación de los valores arriba mencionados se observaría preferentemente en los quistes inflamatorios o en los de origen tumoral.

El estudio radiológico contrastado, es el elemento de diagnóstico de mayor significación. Poppel hace particular énfasis en las características siguientes, de acuerdo a las comprobaciones radiológicas: 1) **forma**: los grandes quistes tienden a ser hemisféricos mientras que los pequeños son más esféricos, pudiendo modificarse la forma por presión exterior; 2) **contorno**: liso, pudiendo ser irregular, cuando hay calcificación abundante de la pared o cuando se trata de un quiste recidivado; 3) **desplazamiento visceral**: el quiste pancreático produce una muesca regular, uniforme sobre toda viscera hueca a la que se acerca o desplaza; es una muesca sin festones ni resaltos; por grande que sea el desplazamiento o la muesca, no origina fenómenos de obstrucción; 4) **tamaño**: esencialmente variable; puede llenar la cavidad abdominal siendo difícil precisar su origen; el tamaño puede variar rápidamente, en especial en las primeras etapas de su desarrollo, y sobre todo en los pseudoquistes inflamatorios o traumáticos, en tanto que los quistes por retención pueden permanecer largo tiempo con tamaño constante; 5) **consistencia**: depende de la tensión, la presencia y el grado de desarrollo o ausencia de calcificación y la presencia de estructura tumoral; 6) **movilidad limitada**; 7) ausencia de invasión. **Los desplazamientos viscerales** tienen una considerable significación y dependen de la topografía del quiste y el camino que tome al desarrollarse: 1) estómago hacia arriba y colon hacia abajo; 2) estómago y colon hacia abajo; 3) estómago y colon hacia arriba y delgado hacia abajo; 4) duodeno hacia arriba y a la derecha; 5) riñón izquierdo hacia abajo, en quistes de la cola o el cuerpo o compresión del pedículo renal, interfiriendo la excreción de sustancia opaca por el riñón; 6) elevación del hemidiafragma izquierdo en grandes quistes; a veces invasión mediastinal o imágenes de atelectasia de la base de pulmón rechazado. En general el quiste se objetiva por signos indirectos —deformación de los órganos vecinos— siendo los signos gástricos y duodenales los de mayor significación. El rechazo del estómago por el quiste de cuerpo se traduce por la escotadura de la gran curva que es el signo más común. Es un rechazo regular y excéntrico hacia arriba y a la derecha en la placa de frente, en tanto que en el perfil se observa el cuerpo gástrico aplastado y desplazado adelante

El elemento más característico del punto de vista radiológico de la repercusión gástrica sería esta incurvación regular y curvilínea a gran radio de la gran curva y el desplazamiento adelante del estómago. El

ensanchamiento del arco duodenal es un signo clásico; pero no es el único: bulbo desplazado arriba y a izquierda, a veces permanentemente vacío; descenso y abertura del ángulo de Treitz; estasis duodenal.

El pielograma se impone en todos los tumores del flanco para eliminar el origen renal. El neumoperitoneo o el neumoretroperitoneo precisan las relaciones del quiste con el riñón, las suprarrenales y el bazo. La esplenografía puede dar datos muy útiles sobre la posible repercusión de la masa sobre el sistema venoso portal.

El diagnóstico diferencial se plantea con los tumores retroperitoneales, con los de origen renal y perirenal, con los quistes hepáticos, mesentérico y de epiplón; los quistes de la cola pueden ser difícilmente diferenciados de los quistes esplénicos y grandes quistes pancreáticos han llegado a ser confundidos con quistes del ovario.

Sin embargo, en este último caso, un quiste de ovario suficientemente grande para hacer pensar en un proceso quístico de origen pancreático provoca un desplazamiento uterino que no se observa ni aún en los más grandes quistes de páncreas. Los quistes originados en el epiplón o mesenterio poseen una llamativa movilidad. Los procesos quísticos de origen hepático, especialmente de naturaleza parasitaria, tienen movilidad respiratoria y salvo raras excepciones —quistes pediculados— su macidez se continúa con la del hígado. Los tumores renales y perirrenales plantean problemas a veces difíciles, generalmente resueltos por una pielografía. El diagnóstico diferencial con ciertos tumores retroperitoneales puede ser particularmente dificultoso. El elemento principal para el diagnóstico de los quistes pancreáticos es el estudio radiológico y el análisis de los desplazamientos viscerales provocados por la masa tumoral.

La pancreatografía ha mostrado hechos de singular interés: pseudoquistes post-pancreatitis que comunican con las vías excretoras del páncreas y cuyo drenaje puede asegurarse por esta vía; dilataciones quísticas del Wirsung en relación con un obstáculo (estrechez yuxtapapilaroístmica, o un cálculo), cavidades quísticas del páncreas, verdaderos divertículos quísticos del Wirsung sin dilatación del canal ni obstáculo aparente (Leger y Bréhant).

El tratamiento quirúrgico, único aplicable a los quistes pancreáticos depende de la naturaleza del quiste y de las condiciones anatómicas encontradas en cada paciente. El tratamiento ideal consiste en la extirpación completa del quiste, lo que es frecuentemente posible en los quistes verdaderos y no lo es habitualmente en los pseudoquistes; sin embargo, aun en los quistes verdaderos, la extirpación puede ser imposible y muy riesgosa, por el tamaño de la masa o su adherencia a estructuras vitales, especialmente vasculares.

La exploración permitirá apreciar el asiento del quiste, su

modo de implantación, las relaciones con los órganos vecinos, las adherencias liberables o no, la existencia de una pared propia o de una pared prestada por las estructuras contiguas en cuyo caso no hay plano de clivaje y una extirpación puede ser imposible; la relación con los vasos. De ahí una serie de procedimientos quirúrgicos que deben ser puestos en práctica toda vez que las condiciones locales hagan peligrosa una exéresis radical.

a) **Marsupialización.** — A pesar de sus bien conocidas objeciones —digestión de la pared abdominal, pérdida de líquidos, electrolitos y fermentos digestivos, lentitud del proceso de reparación, probabilidad de recidiva y de fistula, riesgos de infección y hemorragia— este procedimiento tiene un lugar en el manejo quirúrgico de los quistes pancreáticos, pudiendo ser curativo en unos casos, procedimiento preliminar en otros para una segunda operación, o vital en aquellos enfermos que dado su estado no pueden soportar maniobras más agresivas.

Si bien pueden hacerlo fracasar la presencia de logias múltiples, la comunicación canalicular y la existencia de un epitelio de revestimiento o elementos neoplásicos en la pared, este procedimiento ha probado ser efectivo en los pseudoquistes inflamatorios o necróticos precozmente tratados, cuando las paredes no han adquirido una rigidez que impida ulteriormente el colapso completo de la cavidad residual.

Moiroud y Lamy han facilitado el llenamiento de la cavidad con aplicaciones de placenta. Doubilet y Mulholland han preconizado el complemento de la esfinterotomía para reducir al mínimo las posibilidades de recidivas y de fistulas. Cattell considera que a pesar de sus limitaciones debe recurrirse a él en los quistes acompañados de reacciones inflamatorias agudas que hacen peligrosas medidas terapéuticas más definitivas.

b) **Drenaje simple:** es un procedimiento de necesidad al que puede ser imperativo recurrir cuando por su posición el quiste no es factible de ser marsupializado o extirpado. Un drenaje aspiratorio puede ser implantado pero la persistencia de la secreción ha llevado a intentar por otros medios la destrucción del epitelio de revestimiento: sustancias esclerosantes como el morruato de sodio o la tintura de yodo, radium o roentgenerapia. La frecuencia de fístula persistente es quizás la razón más importante por la cual se prefiere la derivación interna a este tipo de drenaje.

c) **Drenaje interno:** busca asegurar el vaciado del quiste en una víscera hueca vecina: estómago, duodeno, vesícula biliar. La anastomosis del yeyuno (según la técnica de Roux, excluyendo un asa suficientemente larga y colocando la anastomosis en posición declive con lo que los movimientos peristálticos y la pared hacen evacuar el líquido al yeyuno, mientras que el contenido yeyunal no sube al quiste) preferida por muchos.

autores, sería el tratamiento de elección toda vez que la extirpación no es posible. Aun cuando es técnicamente más difícil que la marsupialización, su mortalidad no es mayor, la pérdida de líquidos, enzimas y electrolitos es evitada lo mismo que la irritación provocada por el drenaje externo. La infección del quiste por penetración del contenido digestivo no se produce —aun cuando se ha señalado alguna hemorragia masiva en la anastomosis gástrica a la manera de Jurasz— y la cavidad quística llega a obliterarse como lo evidencian los exámenes radiológicos y alguna necropsia en antiguos operados.

Si se toma la precaución de hacer una anastomosis amplia no se corre el riesgo de estrechez o cierre secundario de la misma. La quistoyeyunostomía recomendada inicialmente para los quistes verdaderos ha sido empleada luego con éxito para los pseudoquistes. No es procedimiento a emplear, sin embargo, en los quistes multiloculares y en los tumores malignos quísticos aun cuando en este último caso ha podido ser empleado en los quistes inextirpables a título paliativo para calmar los dolores.

Catell piensa que a pesar de su sencillez y de su relativa seguridad, casi siempre es posible emplear un método quirúrgico más apropiado.

d) **Extirpación:** es el procedimiento de elección; pero las dificultades técnicas que pueden presentarse llegan a hacerlo imposible de realizar en algunos casos en forma tal que sus indicaciones no pueden extenderse a todos los quistes del páncreas. Tiene lógicamente la ventaja de suprimir el riesgo de recidiva y de fistula y de poner al abrigo de todo temor de transformación maligna. Pero la experiencia muestra que no es siempre posible y que en conjunto su mortalidad es vecina al 25 %; cuando se le intenta y se revela imposible, la mortalidad se elevaría según Kune al 55 %. En consecuencia la extirpación sólo puede ser emprendida cuando todas las circunstancias de posible realización han sido correctamente apreciadas.

Se exigen para su ejecución una serie de condiciones: buen estado general; quiste verdadero con pared propia ya que en los pseudoquistes con pared prestada por las vísceras vecinas todo clivaje es imposible; pared propia suficientemente consistente para poder ser disecada y sin adherencias muy densas a órganos vecinos o a vasos importantes cuya lesión debe ser evitada a todo precio (mesocolon, vena mesentérica inferior, etc.); topografía del quiste, la exéresis indicada en quistes de la cola y el cuerpo es mucho más delicada en la localización cefálica; la amplitud de la base de implantación, siendo excepcional encontrar un quiste pediculado que permita una extirpación ideal; lo más frecuente es encontrar un quiste sesil que obliga a una pancreatectomía izquierda (caudal o de cuerpo y cola) o una resección cuneiforme o a una pancreatectomía de acuerdo con la mayor o menor extensión de la implantación. El vaciado parcial del quiste por punción aconsejado por Brunschwig, permite abordar mejor la base de implantación y facilita la extirpación.

Los quistes por retención notablemente libres de reacciones inflamatorias, se prestan según Cattell a la extirpación completa, sea por simple enucleación o por extirpación local de la porción interesada de páncreas. Los quistes de origen neoplásico, por su carácter multilocular y por su tendencia a ser o llegar a ser malignos deben ser completamente extirpados con un margen de páncreas normal adyacente. Cattell aconseja en los quistes que pueden ser fácilmente enucleados, el estudio anatómopatológico inmediato para establecer adecuadamente los límites de la exéresis.

Cuando la extirpación es posible debe ser emprendida. Pero aun cuando exista siempre el riesgo de transformación maligna, debe renunciarse a ella si la topografía del quiste y en consecuencia sus conexiones viscerales vasculares hacen peligrosa la exéresis. Sobre 46 casos, Cattell y Warren pudieron realizar la extirpación aislada doce veces y asociada a la pancreatectomía izquierda, cuatro veces; tres veces fue necesaria la duodenopancreatectomía. Esta última, fuera de proporción con la gravedad de la enfermedad, estaría indicada en los quistes malignos, en las lesiones recidivantes de la cabeza y a veces en la enfermedad poliquistica. Vale decir que aun cuando en conjunto las indicaciones de la extirpación son todavía limitadas, tienden a ser cada vez más numerosas.

e) **El drenaje del Wirsung:** este procedimiento, último llegado, estaría indicado en los casos de quistes por retención o de pseudoquiste necrótico y en general en todos los casos en que la cavidad comunica con el Wirsung; hecho esencial para que el procedimiento pueda estar indicado. Algunos autores le asocian una esfínterotomía odiana (Doubilet) o un drenaje externo del quiste, en tanto que otros piensan que en esos casos el drenaje del Wirsung solo, es suficiente (Leger y Brehant).

La técnica del drenaje del Wirsung es posible si el canal es cateterizado por la papila; en algún caso en que ello no ha sido realizable se ha forzado a partir de la cavidad quística y a través del parenquima pancreático una comunicación del quiste con el duodeno, verdadera quistoduodenostomía mínima o drenaje transpancreato-duodenal que permitiría según algunos autores extender la indicación de este tipo de drenaje a los quistes glandulares.

La enferma que motiva esta comunicación fue tratada por una pancreatectomía distal incluyendo cola y gran parte del cuerpo, siguiendo la técnica de Cattell. Se trataba de un quiste recidivado que había sido motivo de dos intervenciones seis años antes: drenaje exterior primero y extirpación después. Este tipo de intervención es recomendado por Cattell para los quistes recidivados, especialmente los de origen traumático, para las fistulas persistentes y para los cistoadenocarcinomas que envuelven cuerpo y cola. Shackelford extiende las indicaciones a los casos de pancreatitis crónicas recidivantes en tal localización, a las litiasis pancreáticas con cálculos limitados a cuerpo y cola, a los tumores insulares funcionantes cuando el tumor no puede ser encontrado y enucleado

en la exploración, o en los que hay tumores múltiples en cuerpo y cola y finalmente, para algunos pocos casos de carcinoma limitado al cuerpo o a la cola del páncreas. Este último autor considera que puede ser una operación de ejecución muy difícil.

La hemos practicado con anestesia general aun cuando puede utilizarse la raquídea, habiéndose mostrado ambas como ampliamente satisfactorias. Hemos utilizado una incisión transversa alta, resecaando la incisión cutánea de la operación anterior; Cattell prefiere una incisión paramediana izquierda alta transrectal. Se secciona transversalmente el epiplón gastrocolónico conservando las arterias gastroepiplóicas, retrayendo el estómago hacia arriba y el colon transverso hacia abajo, para exponer el páncreas. El ligamento esplenocolónico es seccionado y el ángulo esplénico llevado hacia abajo.

Debe evitarse cuidadosamente la lesión de los vasos del mesocolon, la de la arteria mesentérica superior y la de las venas mesentérica superior e inferior; la adherencia muy íntima a estas estructuras puede obligar a abandonar la exéresis sustituyéndola por una anastomosis al yeyuno o en algún caso al estómago. Shackelford considera que en los quistes de cuerpo y cola de páncreas, sólo en pocos casos puede ser emprendida como primera operación, en tanto que en otros es realizable dos o tres meses después de la marsupialización y drenaje del quiste, cuando la cavidad se ha reducido y puede ser extirpada con el parénquima pancreático vecino.

La intervención puede ser conducida con o sin esplenectomía concomitante. Esta última técnica es la que hemos seguido, por considerarla adecuada al caso, aun cuando se le reconocen mayores dificultades y se la considera un procedimiento tedioso y muy sangrante, especialmente el tiempo de liberación del borde superior del páncreas y hemostasis de los numerosos pequeños vasos —grandes y tortuosos en nuestra enferma— que de los vasos esplénicos se dirigen al borde superior del páncreas. En este tiempo de la operación tuvimos una hemorragia muy importante. Expuesto el páncreas se secciona el peritoneo a lo largo del borde inferior pancreático cuidando de no lesionar los vasos del mesocolon transverso, los vasos mesentéricos superiores e inferiores y el riñón izquierdo.

El desprendimiento del quiste del mesocolon y del estómago no presentó problemas; la liberación del pedículo renal fue muy penosa tal cual era dable esperar, dado el drenaje por lombotomía practicado años antes, lo mismo que la liberación del borde superior a la que ya nos hemos referido. Si se lesiona la vena esplénica y necesita ser ligada, debe hacerse esplenectomía; la arteria esplénica puede ser ligada sin que sea necesario extirpar el bazo. Las adherencias eran muy firmes al ángulo duodeno-yeyunal que debió ser ulteriormente peritonizado y particularmente a la vena mesentérica inferior, hecho este último que obliga, cuando la separación expone demasiado a la lesión del vaso a renunciar a la extirpación practicándose entonces, sea una derivación interna, sea una marsupialización como operación previa a una exéresis ulterior.

Al aproximarse al cuello del páncreas debe tomarse particular cuidado en identificar el abocamiento de la vena mesentérica inferior en la vena esplénica y la unión de ésta con la vena mesentérica superior para formar la porta. Las pancreáticas superiores longitudinales anterior y posterior, ramas de la gastroduodenal, son ligadas y seccionadas y a nivel del borde inferior, deben ligarse ciertas ramas de la mesentérica superior. La sección del páncreas sangra profusamente, debiendo cerrarse con puntos totales de seda; la sección del Wirsung puede verse en el muñón pancreático aconsejándose cerrarla con puntos de seda.

Las perturbaciones fisiológicas post-operatorias son mínimas y en muchos casos ausentes. No se han señalado casos de diabetes después de la operación; a veces algunos trastornos digestivos con digestión incompleta de las grasas.

La operación, a pesar de sus dificultades, ha sido llevada a cabo con baja mortalidad; su indicación surge de un juicioso análisis en cada caso de las condiciones generales y muy especialmente de las circunstancias locales. Este procedimiento puede ser aplicable como operación inicial o como intervención secundaria, sea frente a una recidiva o a una fistula, sea cuando una marsupialización previa ha reducido el tamaño del quiste y disminuído la reacción inflamatoria de alrededor.

En resumen: se presenta un caso de quiste recidivado de páncreas, tratado por pancreatectomía de cuerpo y cola. Se pasa en revista la sintomatología, el diagnóstico y el tratamiento de los quistes pancreáticos.

Dr. Giuria. — Yo quería simplemente felicitar al Dr. Piquinela por este trabajo que es muy interesante y sobre el cual tengo una pequeña experiencia. Estuve seis meses en el Servicio del Profesor Pierre Mallet-Guy y uno de los temas en que trabajamos del punto de vista experimental y clínico, fue el de los pseudoquistes y pudimos llegar a una serie de conclusiones que son sumamente interesantes.

En forma experimental, conseguimos por primera vez obtener un alto porcentaje de pseudo quistes de páncreas, y llegamos a la conclusión de que ese porcentaje elevado de quistes de páncreas que teníamos, era debido fundamentalmente a la cantidad de parénquima pancreático que dejábamos por detrás de la sección quirúrgica que se hacía sobre el canal de Wirsung. De ello surgió, como una conducta terapéutica, que cuando en un pseudo quiste de páncreas, la cantidad de parénquima pancreático funcional que queda por detrás de la desembocadura del grueso canal pancreático en el quiste es muy grande, el método de drenar simplemente el quiste, lleva fatalmente a la fistula. Eso pudo ser comprobado, luego, analizando las historias clínicas del Servicio.

En esas condiciones, es fundamental, el poder hacer una extirpación, sobre todo en esos quistes que están localizados en cuerpo y en cola.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

En los quistes de cabeza, el problema es completamente diferente, son quistes de extraordinaria dificultad de extirpación, y para ello hay que ir a la duodenopancreatectomía con anastomosis del páncreas al duodeno o yeyuno, es una solución ideal del punto de vista radical, pero riesgosa. Por lo tanto, generalmente es preferible, en ellos, una técnica más conservadora, es decir, anastomosis quisto-yeyunal.

Ahora bien, yo tuve oportunidad de ver, en ese período de tiempo que fueron seis meses, cuatro intervenciones sobre quistes de cuerpo y de cola de páncreas, a los cuatro fue posible extirparlos en su totalidad.

Leger, en París, ha realizado una técnica algo bizarra que paso a describir. En un quiste de cuerpo de páncreas, que dejaba una gran cantidad de parénquima funcional por detrás, el Dr. Leger hizo una sección del cuerpo de páncreas y una anastomosis retrógrada de la porción distal del páncreas al yeyuno con el concepto de que la inversión de la corriente por un canal de Wirsung permeable podría aliviar la situación: Fue opinión general del medio en que yo estaba, que era una operación desproporcionada al caso. No conozco la evolución del enfermo, ni otras ulteriores.