

## COLECTOMIA SUB-TOTAL Y PANCREATECTOMIA FISTULA POST-OPERATORIA (\*)

**Dr. J. P. Otero**

Cirujano del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas

Nombre: Forte Grimaldi, Blas. N° Reg. 127.749.

Edad: 39 años. Raza: blanca. Sexo: Masc. Est. civil: casado. Nac.: italiano.

Profesión: obrero de curtiembre.

Dirección: Bér gamo 3594.

Fecha de ingreso: 27 abril 1960.

Fecha de egreso: 1° de setiembre de 1960.

Diagnóstico: Cáncer Doble del Colon.

### HISTORIA DEL SERVICIO DE GUARDIA

Enfermo de 39 años con dolores difusos de abdomen desde hace un año, que siente esta noche a las 22 horas un dolor intenso tipo cólico en fosa iliaca izquierda, que se irradia a hipocondrio izquierdo, epigastrio, hipocondrio derecho y fosa iliaca derecha. Dos horas más tarde tiene vómitos. Sin fiebre, sin chuchos. Tránsito intestinal y urinario normal.

Al examen: Enfermo apirético, 35% axilar y 36.2 rectal, quejoso. Tiene vómitos acuoso<sup>s</sup> durante el examen y está inquieto. Lengua húmeda y limpia, mucosas bien coloreadas. Abdomen: defensa en hemiventre derecho, doloroso a la palpación profunda en hemiventre inferior. Fosasa lumbares: Guyon y Surraco negativos. Tacto rectal: Douglas indoloro. Pulso de 80 p.m. P.A.14/9 ½.

28-4-60. Hora 13. Dr. Otero. Este paciente ingresa por un cuadro agudo de vientre que comenzó hace unas 20 horas y que se caracteriza por dolores tipo cólico intestinal, dolores intermitentes, separados por espacios completamente indoloros o con muy poco dolor, y sobreviniendo luego crisis de intenso dolor, que duran breves instantes y el enfermo señala que se palpa una dureza en el vientre durante el momento del dolor.

Al examen del vientre, se observan ansas delgadas distendidas debajo de la pared, particularmente al nivel de la fosa iliaca derecha, ansas a dirección ascendente hacia afuera, que es posible palpar y que determinan una zona de timpanismo más acentuado que el resto del vientre. El vientre infraumbilical y parte del vientre superior está distendido, sonoro a la percusión, no doloroso a la palpación, con todos lo<sup>s</sup> caracteres de distensión gaseosa intestinal marcada. Es evidente que se trata de una oclusión intestinal aguda neta con ansas delgadas distendidas visibles, palpables y percutibles bajo la pared abdominal. Se le pide placa de urgencia de abdomen en posición de pie y acostado, placa que no se realizó por dificultades de tiempo. La decisión de operar al enfermo de urgencia era indiscutible y se intervino a la hora 16.

### FICHA OPERATORIA (28 abril de 1960)

Diagnóstico pre-operatorio: Oclusión por obstrucción de delgado bajo.

Operación propuesta: Laparotomía exploradora.

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 4 de abril de 1962.

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

Equipo: Dr. Otero - Dr. Hill.

Anestesia general. Comienzo hora 16. Fin hora 18. Duración: 2 horas.

Diagnóstico operatorio: Oclusión por Carcinoma, Colon Esplénico descendente.

Operación realizada: Laparotomía exploradora. Ano cecal.

Paramediana infraumbilical derecha.

Delgado distendido y líquido citrino en la cavidad peritoneal. El intestino no está a gran tensión. Se trata de exteriorizar ansas delgadas colapsadas (por debajo del obstáculo) pero el ansa ileal está también dilatada.

El ciego y colon ascendente están dilatados pero no tensos. Se va en busca de la lesión cólica obstructiva y se encuentra un tumor que se trata de localizar bien en su relación con el colon: es un tumor de colon esplénico y

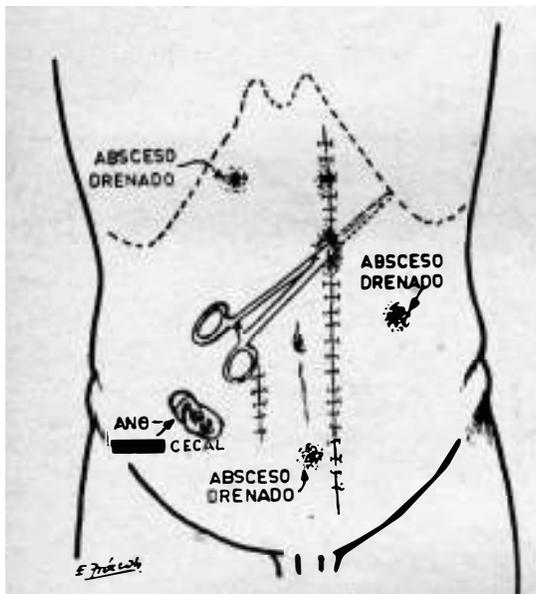


Fig. 1. — Fístula señalada por la pinza desde la línea media hasta el reborde

descendente alto. Pero la incisión baja que tenemos y la distensión intestinal, no nos permite exteriorizar el transverso como para ubicar bien el tumor.

En suma: tumor duro de hipocondrio izquierdo, de tamaño de una naranja, irregular, friable, pero que también podría ser inflamatorio, tumor que interfiere con el tránsito del colon.

Incisión de Mac Burney. Exteriorización del ciego, que es necesario decolar de la pared posterior para que venga a la herida.

Cierre por planos de la laparotomía. Colocación de una sonda Pezzer gruesa en la luz cecal, ceñida con doble jareta.

Hígados sin nódulos metastásicos a la palpación manual directa.

**2ª FICHA OPERATORIA (19 mayo de 1960)**

Diagnóstico pre-operatorio: Neoplasma de colon, ángulo esplénico.

Operación propuesta: Laparotomía. Probable colectomía.

Equipo: Prof. J. C. del Campo - Dr. Otero - Dr. Trostchansky - Pte. Sales.

Diagnóstico operatorio: Cáncer doble del colon (ángulo izq. y sector der. de colon transverso).

Operación realizada: Colectomía subtotal con esplenectomía y pancreatocotomía izq. Vaciamiento lumboaórtico. Colorectostomía (unión de ascendente a recto).

Incisión paramediana izq. con reclinamiento del gran recto hacia afuera y llegando desde el tercio superior de la línea xifo-umbilical hasta cerca del pubis.

La exploración de la cavidad peritoneal muestra que no hay metástasis hepáticas, que no hay siembra peritoneal carcinomatosa y que no hay implantaciones en el fondo de saco del Douglas. Se encuentran adenopatías bastante desarrolladas y relativamente fijas situadas en el tercio superior de la implan-

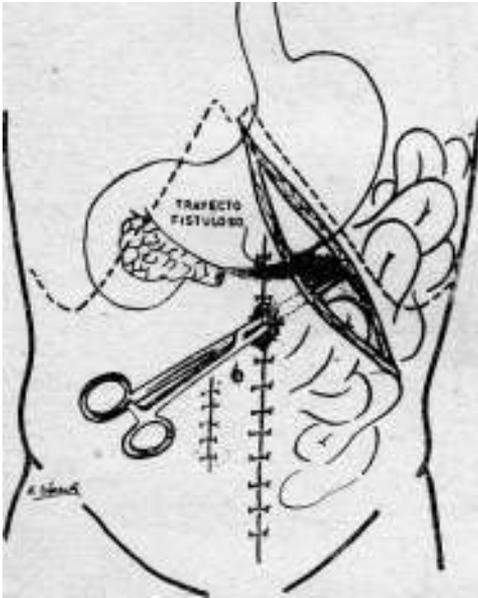


Fig. 2. — Trazado de incisión subcostal y disección del trayecto fistuloso a partir del extremo de la pinza

tación del mesenterio sin que pueda establecerse al principio si se trata de adenopatías regionales cólicas o ganglios del mesenterio mismo, pero en el desarrollo ulterior de la intervención, se vio que estas adenopatías venían con el mesocolon ascendente una vez pediculizado. La masa neoplásica que invade la rama descendente del ángulo esplénico es una masa de gran volumen, de más de 10 cm. de diámetro, aparentemente fija a la pared posterior y sin que en el primer momento se pueda saber si invade o no el riñón, puesto que, el riñón mismo no se puede palpar detrás de la masa neoplásica. Se comienza incidiendo a izquierda de la implantación del mesenterio y a izquierda del borde izquierdo de la 4ª porción del duodeno hasta el ángulo posterior-yeyunal, decolando el duodeno páncreas y el mesenterio hacia la derecha y llegando arriba, hasta el cayado de la vena mesentérica inferior y llegando hasta descubrir y cargar el ligamento de Treits y seccionarlo.

Se va luego a entrar en la retrocavidad de los epiplones a través del epiplón gastrocólico en la unión del tercio medio e izquierdo y se secciona y libera progresivamente hacia el bazo, constatando que el cuerpo en su tercio

distal y la cola del páncreas, así como los vasos esplénicos están comprendidos en la masa carcinomatosa a la cual están unidos por adherencias (posiblemente por invasión neoplásica local). Se liga en masa el cuerpo del páncreas con los vasos esplénicos a unos 5 cms. del istmo más o menos y se secciona para extirpar la parte distal del páncreas y sus vasos, junto con el bazo, el cual se extirpa y luego se libera el ángulo esplénico del colon del diafragma y se entra en el clivaje parieto-cólico izquierdo desde el ángulo esplénico hasta el sigmoides iliaco y pelviano, decolando hacia la línea media el colon esplénico descendente e iliaco y constatando entonces que el riñón izquierdo no está invadido pero debiendo comprenderse en la resección de la masa la hoja anterior de la fascia peri-renal y la grasa peri-renal, quedando por lo tanto la cara anterior del riñón a la vista. Tampoco había adherencias al uréter ni a los vasos espermáticos en toda su extensión. Se pone en evidencia el uréter y los vasos espermáticos hasta su desagüe en la vena renal izquierda.

Luego se vuelve a liberar el epiplón gastro-cólico, esta vez de izquierda a derecha, hacia el ángulo hepático ligando progresivamente los vasos de la arcada gastro-epiploica a nivel de la gran curva del estómago de manera de

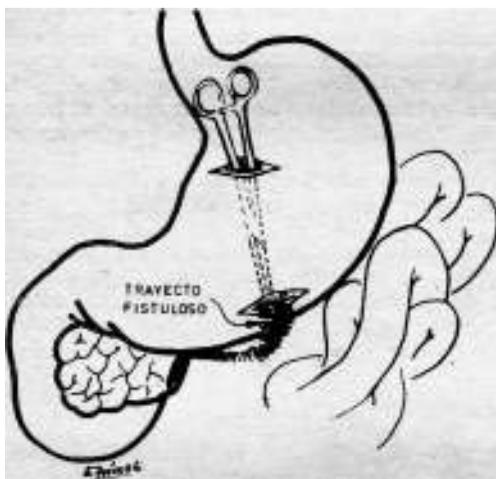


Fig. 3. — Pinza que penetra a través de una gastrostomía anterior, emerge cerca de la gran curva y atrae el trayecto hacia el estómago

extirpar todo el ligamento gastrocólico con el colon como se había hecho del lado izquierdo.

Liberando progresivamente hacia el ángulo hepático se constata en ese momento que existe un segundo carcinoma situado en la rama transversa del ángulo hepático, en su sector preduodenal. Esto obliga a llevar la exéresis hasta el ascendente y por lo tanto, se plantea el problema frente a la fijeza que determina el ano cecal que se había realizado para tratar la oclusión. Se ligan los vasos del colon transversal (arteria cólica media y ramas del ángulo derecho dejando sólo la ileocólica y tronco venoso de Henle). Se decola el ángulo hepático del colon ascendente y sus mesos hacia la línea media. Fue necesario liberar ansas delgadas adheridas a la zona de coalescencia traumática determinada por la cecostomía, ansas que adherían al peritoneo parietal anterior y posterior y al ciego entre sí, determinando un foco de peritonitis plástica que se liberó para poder traer el colon ascendente hacia la pelvis para anastomosarlo con el recto. Se hizo en ese momento un vaciamiento célula-ganglionar pre-aórtico cavo subrenal, desde el desagüe de la vena esplénica, y luego descendiendo en esta

extirpación del tejido linfoganglionar preaórtico cavo hasta los vasos ilíacos primitivos de ambos lados, ligando y seccionando en el trayecto la arteria mesentérica inferior.

La exéresis linfo-ganglionar se realizó en el sentido transversal desde la vena cava hasta los vasos espermáticos izq. y en el sentido vertical en la extensión mencionada. Había ganglios fácilmente reconocibles a la inspección en este territorio pre-cavo aórtico pero sin evidencias netas de metástasis en ellos. En el curso de esta liberación fue necesario ligar la vena espermática izq. por lesión lateral en su tercio superior. En ese momento estamos con todo el colon y su meso liberado y seccionado en su raíz, desde el sigmoides hasta el colon ascendente y yuxtacecal, y comprendiendo junto con la masa tumoral el bazo y páncreas en la extensión antes descripta. Se secciona el recto a unos 4 traveses de dedo del fondo de saco de Douglas y se secciona el colon ascendente a pocos cms. por encima del ciego, en la extensión suficiente para poder anastomosar el cabo ascendente, hacia la pelvis, con el recto. Se vuelca entonces el colon ascendente hacia la pelvis para anastomosar con el recto. La anastomosis se realiza en un plano previo 3 puntos de acercamiento mesial se hace uno total posterior con gastergut 1 (surget) mientras que adelante se hace una sutura de la pared intestinal sin comprender la mucosa, o sea, de la seromuscular y de la submucosa con puntos separados de lino. Luego se refuerza con puntos serosa de derecha a izquierda sin hundir la sutura. No se peritonizó las áreas retroperitoneales liberadas por los decolamientos de colon. Cierre por planos de la pared dejando un drenaje suprapúbico y una sonda Pezzer que pasa a través de un ojal en el epigastrio por encima y a la derecha del ángulo superior de la laparotomía.

El enfermo toleró bien la intervención y en la mañana siguiente estaba un pulso de 90 p.m. y una P.A.12/8, lengua húmeda, fascies tranquilo y abdomen libre a la palpación.

Agregamos que el carcinoma que se halló en el ángulo hepático, inesperadamente, tenía el tamaño de unos 5 cm. de diámetro, de forma discoidea, de consistencia dura, no invadiendo más del cuarto de la circunferencia del colon.

---

### 3ª FICHA OPERATORIA (14-julio-1960)

Diagnóstico operatorio: Absceso parietal por hilos de sutura infectados.

Operación realizada: Incisión amplia, exéresis de cuerpos extraños.

Cirujano: Dr. J. P. Otero. Pte. Sales. Anestesia general.

Incisión resecao parcialmente la cicatriz paramediana izq. en su parte superior. Se encuentra enseguida el cuerpo del delito, que está constituido por un largo hilo de sutura del plano de la hoja posterior de la vaina del recto, en la cual se hizo sutura mediante surget para abreviar tiempo. Este largo hilo de algodón flotante en la cavidad del absceso fue luego perseguido y disecado hacia arriba en lo posible, hasta que en un momento dado se cortó. Se sacaron además algunos puntos separados de la hoja anterior de la vaina del recto. La cavidad del absceso se extendía detrás del recto izq. en una extensión de una palma de mano en anchura y de más de 10 cms. en altura, teniendo además un recessus subcutáneo hacia la derecha por el cual comunicaba con la incisión que antes se hizo para drenar la colección.

Como digo, este divertículo hacia la derecha era subcutáneo y me sugiere la idea de una posible relación etiológica entre el absceso parietal y el tubo de Pezzer que se colocó en la operación para inyectar suero y antibióticos, intraperitonealmente. Pienso que el tubo o sonda de Pezzer puede haberse

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

zafado desde el intraperitoneo hacia la pared, provocando así una infiltración intersticial.

Con cureta afilada se sacó una buena cantidad de tejido fungoso que ocupaba las paredes de la cavidad del absceso. Además se comprobó antes de terminar que había también un decolamiento más hacia abajo, correspondiendo posiblemente a la zona drenada por la parte inferior de la cicatriz, pero como esta zona estaba aparentemente casi cerrada, no insistimos en una incisión prolongada hacia abajo.

Colocamos tres mechas yodoformadas de las cuales, dos hacia la izquierda, detrás del recto izquierdo y una hacia la derecha, en el recesus subcutáneo del absceso. Puntos de hilo de acero tomando toda la pared en un solo plano desde la piel hasta incluso la hoja posterior de la vaina del recto en algunos sitios. En ningún momento fue abierta la hoja posterior, ni en el peritoneo, de manera que la cavidad peritoneal no tuvo relación alguna con la cavidad del absceso, ni con las maniobras operatorias: fue una operación extraperitoneal.

### 4ª FICHA OPERATORIA (15 agosto de 1960)

Diagnóstico operatorio: Cecostomía por oclusión intestinal. Fístula posiblemente de origen pancreático.

Operación realizada: Cierre del ano contra natura. Fístulo-gastrostomía. Cirujanos: Dr. J. P. Otero. Pte. Sales. Pte. Cardozo. Anestesia general.

1) Incisión resecao antigua cicatriz. Liberación de los diversos planos y exteriorización del ciego. Fue necesario seccionar el plano pequeño oblicuo transverso perpendicularmente a sus fibras en la parte superior del Mac Burney en una extensión de unos 3 dedos. Resección de la fístula cecal. Cierre del ciego en dos planos. Cierre del peritoneo. Cierre del plano pequeño-oblicuo-transverso con puntos en la porción seccionada y con puntos simples en las dos disociaciones. Puntos en gran oblicuo, celular y piel. Drenaje en el celular con cigarrillo.

2) Incisión oblicua paralela al reborde con sección del músculo recto. Se encuentran adherencias múltiples de las vísceras al plano parietal y entre sí, adherencias en una atmósfera de inflamación sub-aguda, con vísceras friables. Se descubre un trayecto fistuloso que se dirige a la profundidad, limitada por las vísceras vecinas y con un trayecto fibroso organizado que se abrió parcialmente en la disección. Se abre en un momento determinado la pared gástrica anterior en una extensión de unos 3-4 cms. inadvertidamente. El trayecto fistuloso es muy fibroso, duro. El trayecto es disecado y se abre longitudinalmente al disecarlo. Se decide hacer una implantación de la fístula en el estómago. Se hace disección del trayecto en unos cms. y se dan puntos para reparar las heridas longitudinales que en él se habían practicado, tratando de reconstituirlo como trayecto fibroso continuo.

Incisión de unos 2 cm. en pared anterior de estómago, muy cerca de la gran curva y en su tercio superior. Puntos de Connel cierran el estómago adelante y atrás, en la brecha y fijan al mismo tiempo en dicha herida el trayecto fibroso-fistuloso. Cierre de la herida de la pared gástrica anterior (herida accidentalmente en la operación) en dos planos.

Cierre por planos de la herida parietal dejando drenaje por cigarrillo.

## EVOLUCION

Después de la primera intervención el paciente evolucionó favorablemente, no sin antes haber presentado algunos problemas para la recuperación de su tránsito intestinal. Pero mediante lavajes intestinales realizados por el ano cecal, se pudo finalmente conseguir la normalización completa del tránsito.

Después de la segunda intervención el paciente evolucionó también favorablemente pero pasó unos cuantos días durante los cuales su intestino no recuperaba satisfactoriamente su peristaltismo regular, obligando a mantener la sonda de Cantor, que se había colocado preoperatoriamente en el delgado, y que fue mantenida 7-8 días por lo menos después de la operación. Luego el tránsito se restableció pero después de haber pasado unos cuantos días bastante bien, empezó a hacer temperatura y luego se abrió espontáneamente un absceso en la parte para-yuxta-supra-umbilical de la laparotomía paramediana izquierda. A pesar de esa abertura, el pus siguió saliendo abundantemente y obligó a hacer contra-incisiones de drenaje en el lado derecho por delante de la vaina del recto y en el lado izquierdo más tarde, una incisión mucho más profunda, realizadas ambas con anestesia local. Se drenó con tubo. No obstante, el paciente siguió después con nuevos empujes febriles cuando retenía el pus y periodos de apirexia cuando nuevamente se evacuaba la colección. Llegamos a la convicción, por lo tanto, de que existía una causa permanente de supuración, que pensamos correspondería a un cuerpo extraño que fuese gasa, compresa, hilo o lo que sea. Por lo tanto, resolvimos hacerle una incisión amplia bajo anestesia general con el propósito de resolver definitivamente la situación.

El estado general del paciente, a pesar de este proceso no fue nunca grave, se mantuvo pero indiscutiblemente repercutía sobre la nutrición, impidiéndole reponerse de su severa intervención reciente.

Después de la tercera intervención para drenarle el absceso y extirpar hilos, el enfermo siguió bien en su estado general pero se fue constituyendo un trayecto fistuloso que iba desde la parte alta de la paramediana hacia el reborde costal en su intersección con el borde externo del recto. Se llegó a pensar en fístula de origen pancreático y se estudió su secreción desde el punto de vista de su jugo digestivo, contestando el laboratorio que el líquido no tenía amilasa. Se hizo también una fistulografía con inyección de sustancia opaca por el trayecto, contestando el radiólogo que quería repetir el examen.

Se fue a la cuarta intervención con el propósito de cerrar el ano cecal y también de ver qué se podía hacer respecto a la fístula misma, si la primera operación no era demasiado dificultosa.

Después de la cuarta intervención la herida correspondiente al cierre del ano cecal evolucionó bien, salvo un absceso profundo que se drenó. La incisión subcostal a través de la cual salía un drenaje cigarrillo dio el mismo líquido de aspecto achocolatado y de mal olor que durante todo el tiempo anterior había estado dando.

Ese líquido siguió saliendo durante unos cuantos días, intentándose aspirar con aspiración continua, que no tuvo éxito. Sin embargo, pocos días después la secreción disminuyó totalmente, la piel dejó de estar irritada y roja y el trayecto adquirió un aspecto sano, granulante. El drenaje primitivo por la laparotomía paramediana no dio más después de la cuarta intervención y está granulando normalmente.

El paciente estuvo varios días del post-operatorio inmediato con sonda en el estómago y aspiración continua permanente para evitar que el jugo gástrico saliera a través de la brecha de implantación de la fístula cuyo cierre no se consideraba hermético. Después se le empezó a alimentar, el paciente recuperó el apetito, mejoró su estado general, empezó a aumentar de peso y todas sus cicatrices adquirieron el aspecto de franca curación, por lo cual se da de

alta. El tránsito intestinal se recuperó completamente al normal después del cierre del ano cecal.

### EXAMENES RADIOLOGICOS

Abdomen (2-5-60): Sonda arrollada en estómago. Distensión gaseosa de asas colónicas  $\mp$  delgadas. (Dr. Tiscornia).

Colon por enema (9-5-60): Gruesa lesión del ángulo esplénico con aspecto orgánico. Proyectada en la zona esplénica existe una imagen que puede corresponder a un trayecto anormal. (Dr. J. Pollero).

Abdomen (20-5-60): La extremidad de la sonda Cantor se encuentra en las asas yeyunales. (Dr. Curuchet).

Abdomen (28-5-60): El extremo de la sonda se encuentra en asas delgadas del primer grupo. (Dr. Tiscornia).

---

**Alta.** — Es dado de alta el 1º de setiembre de 1960 en buenas condiciones para vigilarlo desde Policlínica.

Interpreto este caso como una fístula post-operatoria secundaria a una resección de páncreas y en la cual pienso que se puede con gran probabilidad admitir su origen en el páncreas. Dicho de otro modo, pienso que se trata de una fístula pancreática secundaria a una pancreatometomía accesoria a una colectomía por cáncer.

Este paciente estaba intubado preoperatoriamente con una sonda de Cantor que llegaba, controlada radiográficamente el día antes de la operación, hasta varias ansas por debajo del ángulo duodeno-yeyunal en prevención de una posible oclusión del delgado en el post-operatorio.

Se hizo una colectomía desde el rectosigmoide hasta cerca del ciego y además, una pancreatometomía de cuerpo y cola por estar infiltrado el páncreas, con vaciamiento ganglionar pre-cavo aórtico y terminando con una anastomosis término-terminal de la ascendente al recto peritoneal.

Se mantuvo la sonda colocada varios días en prevención de complicaciones oclusivas y no se retiró, hasta que el paciente movilizó bien el intestino a través del ano cecal que tenía.

En los días y semanas siguientes hizo varios empujes de fiebre sostenida con oscilaciones y hubo necesidad de drenar un absceso en la parte alta de la cicatriz paramediana izquierda, luego otro absceso frente al recto derecho por encima del ombligo, y más tarde otro absceso frente al borde externo del recto izquierdo a la altura del ombligo y, después, hubo todavía abscesos de la parte baja de la cicatriz. Eran abscesos colectados, profundos, detrás del recto y en los cuales el estado febril cedía al drenaje pero continuaba siempre saliendo por la parte alta de la cicatriz paramediana a unos dos dedos por encima

del ombligo, una secreción líquida y oscura, algo corrosiva de la piel pero sin llegar a producir ulceraciones.

Un poco aburridos de estos drenajes múltiples y sucesivos que no habían curado el proceso, a pesar de que se había pasado tubo de drenaje desde una a otra incisión decidimos llevarlo a la mesa de operaciones, pensando que se tratara de supuración por cuerpo extraño que la mantuviese, como por ejemplo los hilos de la sutura profunda. Se le hizo anestesia general, resección de un largo hilo de surget de la hoja posterior, curetaje de fungosidades y se mechó con gasa yodoformada una amplia cavidad entre la cara posterior del recto izq. y la hoja posterior de su vaina que se extendía también hacia abajo, infra-umbilical y hacia la izquierda parcialmente. Pensamos que con esto el proceso se curaría definitivamente.

Sin embargo, la incisión paramediana reintervenida a través de la cual salía la mecha se fue cerrando pero quedando siempre una brecha que finalmente constituía el orificio de salida de un trayecto que un clamp largo demostraba que llegaba hasta el reborde costal izquierdo por detrás del recto izquierdo, o sea, que introduciendo el clamp en el orificio que estaba a dos dedos por encima del ombligo, se penetraba en un trayecto largo y profundo, que llegaba hasta el reborde costal izquierdo, como lo demostraba el hecho de notarse la punta del clamp cuando se pretendía empujarlo en el mango. (Fig. 1).

Pensamos recién ahora, a partir de este momento, que podría tratarse de una fístula de origen profundo (no de origen parietal de la herida) y se nos ocurrió la idea de que podría corresponder a una colección de hipocondrio izquierdo que se hubiera abierto paso progresivamente desde el muñón pancreático a través del hipocondrio, hacia la pared anterior.

Habían transcurrido alrededor de tres meses desde la colectomía y pancreatometomía y por lo tanto, la persistencia de este trayecto con esta secreción oscura un tanto corrosiva y necrosante nos hacía pensar seriamente en fístula pancreática.

Le hicimos una fistulografía por el trayecto que cateterizamos con una sonda, para ver si el líquido opaco inyectado seguía su curso hacia la profundidad, buscando de llegar al páncreas. Pero el líquido inyectado no siguió más allá del reborde costal izquierdo y no mostró ninguna continuación del trayecto hacia la profundidad del hipocondrio.

Le hicimos estudiar el líquido segregado por la fístula en el laboratorio el cual contestó que el líquido no tenía amilasa.

No se insistió ni en repetir la fistulografía como lo pedía el radiólogo; ni en el estudio del líquido segregado por la fístula porque pensamos que de cualquier modo era necesario explorar quirúrgicamente el proceso.

Cuando cerramos el ano cecal le hicimos en el mismo acto operativo una incisión subcostal izquierda con sección del recto, ampliándola progresivamente y descubriendo el trayecto fistuloso que venía desde la línea media hasta el reborde, se continuaba hacia la profundidad del abdomen por medio de un trayecto fibroso, denso, constituyendo un conducto de nueva formación de calibre de un dedo meñique, que al abrirlo en la disección de los primeros momentos de entrada al peritoneo se veía que contenía en su interior un tejido fungoso oscuro que tapizaba la cara interna del estuche fibroso exterior y que contenía una luz a través de la cual filtraba casi seguramente el líquido corrosivo y oscuro que después se exteriorizaba en la línea media de la pared abdominal a través de un largo trayecto parietal que del reborde transcurría por detrás del recto. (Fig. 2).

Como casi de entrada al vientre hicimos una pequeña herida en la cara anterior del estómago accidentalmente porque el hipocondrio izq. estaba completamente bloqueado por vísceras que se adherían entre sí y que eran friables y peligrosas de manejar, nosotros utilizamos esa brecha de la pared anterior del estómago para ubicar la topografía y dirección del trayecto fistuloso mediante un clamp introducido dentro del estómago. Este clamp nos permitía darnos cuenta del límite hasta donde llegaba el estómago en la parte de su gran curva y verificar el trayecto, que por otra parte disecábamos progresivamente hacia la profundidad, y que era para-gástrico izquierdo y cada vez más profundo. Por lo tanto, a la derecha del trayecto fue apareciendo la gran curva y la pared posterior del estómago y hacia la izquierda del trayecto había ansas delgadas conglomeradas que era peligroso manipular. Pensamos entonces que lo más prudente era desistir de perseguir el trayecto hacia la profundidad y contentarse con disecar entero el trayecto en seis o siete centímetros, con la idea de enchufar este trayecto así disecado a través de la pared posterior del estómago, realizando así una fístulo-gastrostomía, que es la operación de elección en la fístula pancreática. Con un clamp introducido a través de la brecha que teníamos en la pared anterior y cuya punta hicimos surgir empujando a través del estómago la pared posterior de éste, frente al nivel en que habíamos disecado el trayecto practicamos una contra incisión pequeña sobre la pared posterior del estómago, de calibre apenas suficiente para encajar el trayecto fistuloso al rozamiento duro a través de dicho orificio. Haciendo salir el clamp a través de este orificio así practicado, tomamos el extremo del trayecto fistuloso disecado previamente y lo trajimos hacia el interior del estómago quedando así realizado un verdadero enchufamiento del trayecto en el estómago a través de la pared posterior (fig. 3). A esto le agregamos varios puntos que por fuera del estómago unían la pared fibrosa y consistente del trayecto a la sero-muscular del estómago, tratando así

de hacer lo más hermética posible esta unión del trayecto hacia la luz interior del estómago. Luego cerramos la pequeña herida de la pared anterior del estómago en dos planos. Finalmente cerramos la herida parietal sub-costal dejando un tubo de drenaje para aspirar si fuera necesario en el post-operatorio.

Enseguida del despertar le colocamos una sonda gástrica y le aplicamos una aspiración continua sobre esta sonda para tener permanentemente el estómago vacío de jugo gástrico como se hace en el tratamiento de las úlceras perforadas por aspiración continua. Varios días sostuvimos esta aspiración del estómago bajo dieta absoluta desde luego. Después suprimimos la sonda del estómago y aspiramos durante unos días por el tubo de drenaje de la herida, que al principio parecía dar todavía un poco de ese mismo líquido corrosivo y de un olor desagradable, pero rápidamente se cerró progresivamente la herida y se curó totalmente y hasta diría, magníficamente, por la enorme satisfacción de ver la evolución del post-operatorio que había confirmado prácticamente nuestra interpretación clínica y macroscópica de la fístula.

Nos parece difícil dar de este caso otra explicación que la que nosotros sostenemos, o sea, que se trata de una fístula pancreática a partir del muñón de la resección, que se curó mediante la implantación de la fístula a través de la pared del estómago. Es sabido que es éste el procedimiento de elección para tratar las fístulas pancreáticas y nosotros habíamos leído recientemente un magnífico caso de Corachan, cuya lectura permite comprender con mucha claridad la manera como debe procederse. Antes había leído y oído comunicaciones sobre fístulas pancreáticas, especialmente recuerdo una presentación a la Sociedad de Cirugía del Uruguay del Dr. Fernando Etchegorry. Aquella presentación de Etchegorry me dejó absolutamente convencido de que el tratamiento de la fístula pancreática era, sin discusión alguna, la implantación en una víscera hueca vecina, en la víscera que estuviese más próxima y que ofreciese mayor facilidad técnica para la implantación. No importa, me parece, que la víscera en la cual implantemos la fístula sea el estómago, o el duodeno, o el yeyuno; no importa tampoco si implantamos la fístula en la pared posterior del estómago, alto o bajo, o en la pared anterior, o cerca de la pequeña curva. Lo que sí interesa fundamentalmente es realizar la implantación en el segmento de víscera adyacente al trayecto y que se ofrece más fácilmente a las maniobras quirúrgicas.

No recuerdo exactamente las diversas técnicas de implantación empleadas pero me parece que lo que nosotros hicimos en un momento de improvisación obligada, es insuperable. Porque la abertura un poco alejada a través de la cual se pasó un clamp para hacer la contra-abertura frente al trayecto y luego atraerlo hacia la luz del estómago,

es la única manera posible de implantar un trayecto fistuloso a través de la más pequeña brecha posible para su pasaje. Esto tiene bastante importancia, porque permite desde el principio casi obtener un cierre casi hermético al trasponer el trayecto, en forma ajustada, a la pequeña brecha visceral. Unos pocos puntos del lado peritoneal del estómago uniéndolo al trayecto nos permitió terminar esta operación prolongada, engorrosa, difícil y peligrosa.

No tenemos elementos suficientes para afirmar categóricamente que se trata de una fístula pancreática porque nos falta la constatación de un líquido abundante que manase por la fístula y tuviese el poder digestivo. Sin embargo, todo nos lleva a pensar que nuestro diagnóstico clínico y operatorio fue exacto, puesto que la evolución se comportó de tal manera que casi es suficiente para asegurar que nuestra interpretación es exacta.

*Heridas ignoradas del páncreas.* — Nosotros pensamos que debe ser más frecuente de lo supuesto que se produzca una herida del páncreas en los traumatismos del hipocondrio izquierdo accidentales u operatorias. Cuando hicimos, hace ya muchos años, siendo jefe de Clínica del Prof. García Lagos nuestra primera esplectomía por ruptura de bazo, el paciente tuvo una oclusión intestinal post-operatoria de la cual murió. Desde ese momento nos fijamos siempre muy cuidadosamente cuando practicamos una esplenectomía en no comprender en la ligadura, inadvertidamente, algo de la cola del páncreas. Para eso colocamos pinzas hemostáticas bien contra el hilio del bazo como le hemos aprendido al Prof. Velarde Pérez Fontana.

Creo que, muchísimas veces se debe tomar inadvertidamente al páncreas en ligaduras en la esplenectomía, y creo que ésa es la causa más frecuente de todo traumatismo de hipocondrio izquierdo que no marcha bien. Nosotros desde que realizamos la esplenectomía en la forma descripta, jamás tuvimos ninguna muerte, ni la menor complicación. Frente a un traumatismo de hipocondrio izquierdo con o sin esplenectomía, que hace complicaciones inexplicables, del tipo del absceso sub-frénico o del tipo de la fístula que no cierra, etc. debe pensarse ante todo en la posibilidad de una lesión del páncreas. El páncreas si se hiere no dice nada, no se expresa de una manera definida pero produce alteraciones que van desde el tipo de la pancreatitis aguda evolutiva con oclusión secundaria y muerte, hasta el absceso sub-frénico, la fístula pancreática y también la trombosis de los vasos esplénicos que pueden determinar ulteriormente una esplenomegalia congestiva por obstrucción de la vena esplénica. Más todavía, creo que frente a un proceso de base pulmonar izquierda con expectoración persistente y adelgazamiento sostenido hay que pensar que pueda tratarse de un absceso sub-frénico de origen pancreático perforado a través del diafragma en el pulmón y en los bronquios.

En el caso presente debemos tener en cuenta para apreciar la evolución post-operatoria el hecho de que existió una resección del páncreas, y por lo tanto existe una herida por sección quirúrgica que expone a complicaciones a veces inexplicadas. En principio, en toda intervención del vientre superior con resección de páncreas sea aislada, o sea asociada a otra víscera (estómago, colon, etc.) hay que estar alerta ante la posibilidad de la aparición de abscesos o fistulas, o parálisis intestinales, etc. que encuentran su explicación y su origen en el muñón pancreático. Por lo menos hay que pensar en eso, hay que buscar ese origen y en último término hay que proceder orientados hacia el tratamiento quirúrgico enfocando esa posibilidad.

No digo que se pueda afirmar que la fistula post-operatoria de este paciente sea de origen pancreático pero la manera como se comportó frente al tratamiento realizado nos confirma en cierto modo, respecto a la interpretación que sostuvimos. Porque de otra manera no se explicaría muy bien que el paciente se hubiese curado mediante esta terapéutica quirúrgica.

#### BIBLIOGRAFIA

CORACHAN, M. — Sur le traitement des fistules pancréatiques. Presse Med. 3-XI-1928.

**Dr. Juan Carlos del Campo.** — El Dr. Otero ha traído a la Sociedad de Cirugía un caso muy interesante de una complicación de una de esas grandes colectomías, subtotales ensanchadas, hecha por mí en el Hospital de Clínicas. El enfermo, que era de él, a quien él había hecho una cecostomía, fue colectomizado por mí y seguido luego por él, solucionándole el problema de la fistula. El tema que él trae, es muy importante. Es un tema que como todos los temas del páncreas está en continua revisión. Yo creo que para tratarlo, conviene circunscribirlo, en este caso a las fistulas por resecciones pancreáticas córpore-caudales, es decir del segmento superior o craneal del páncreas. Y cuando se trata de este punto, hay que reconocer que las situaciones son muy diferentes, de unos casos a otros. En un extremo están las resecciones córpore-caudales motivadas por lesiones de tipo tumoral, cistoadenoma del páncreas y las que actualmente están de moda, por tumores langerhansianos o por tumores ulcero-génos del páncreas. Incluso podrían entrar dentro de esta categoría aquellas que se hacen por pancreatitis crónica. El concepto general sobre la posibilidad de fistulas pancreáticas en estas condiciones, es que nada, ningún procedimiento hay que pueda evitarlas. Se hacen técnicas de suturas diferentes. Las que nosotros empleamos habitualmente es la de hacer un surjet y el cierre del canal pancreático. Y dentro de mi preferencia está en estos casos ir justo al cuello del páncreas. Es la zona más manejable del páncreas respecto del cierre. Pero la fistula pancreática, todos los autores que se ocupan de estos casos dicen que es inevitable, que siempre hay salida de líquido pancreático. Y también hay siempre salida de líquido pancreático, que no hay ningún cirujano que se permita hacer una resección córpore-caudal de páncreas sin dejar abierto hacia el exterior el camino, para drenaje del líquido que va a salir. Lo que tiene es que esta fistula se hace en dos tiempos. En un primer tiempo hay una salida de jugo pancreático a través del corte y luego se establece la fistula debiendo

llamarse así cuando sale una gran cantidad de líquido pancreático comprobado en general químicamente. Casi todos los autores también están de acuerdo en que estas fistulas se cierran espontáneamente y que es cuestión de esperar. Esperando un tiempo, que es de 3, de 4, de 6, de 8 meses, terminan por curarse. Tan no están contentos los autores sobre estas posibilidades, que algunos por ejemplo, aconsejan abrir el duodeno, hacer una esfinterotomía del Oddi, abrir y seccionar el canal de Wirsung y drenar este último, de manera de dirigir bien el líquido pancreático hacia el duodeno. Y otros, suponiendo la fistula inevitable, anastomosan el corte pancreático al yeyuno, porque todos los otros procedimientos de cierre, que se haga un surjet que trata de ser un surjet hermético, que trata de impedir la salida de líquido pancreático, o que se haga unos puntos, transfiriendo el páncreas, de cara posterior a cara anterior y desde borde superior hasta borde inferior, fluctúan entre la posibilidad de apretar demasiado el parénquima y la posibilidad de dejar salir el líquido pancreático. Cuando se trata de resecciones de páncreas, lo que caracteriza esta situación es que el problema es pura y exclusivamente pancreático.

El otro extremo que empieza a tratar el Dr. Otero, es una situación que me preocupa enormemente y que lo estoy escribiendo y que creo que todavía debo tener más práctica y más meditación, para escribir sobre él. Es la resección de páncreas, asociada a cánceres abdominales, cánceres de estómago y cáncer de colon. Es una operación grave, podríamos decir que es gravísima. En la Clínica de Lahey, Marshall ha concluido casi por desecharla si no tiene una razón, una invasión nítida del páncreas para hacerla; ¿por qué?, porque grava enormemente la mortalidad. Ahora, cuando se quiere estudiar este problema, o se le estudia de cerca, en la experiencia personal en la que ya he entrado hace unos años y por la lectura de trabajos al respecto, uno se da cuenta de que el problema es diferente del anterior. Hay un problema pancreático que se puede tratar por separado, pero es imposible separar este problema pancreático de todos los problemas regionales. Y diríamos que la gravedad del problema pancreático no está en las posibilidades alejadas de fistulas completas sino en los resultados inmediatos postoperatorios que conducen a la muerte y que entran a formar parte de un complejo. Yo no puedo extenderme en forma grande, porque creo que el número de minutos es pequeño. Los voy a enumerar nada más. Estos problemas son los siguientes: 1º) Problemas de infección. En el estómago canceroso, porque el estómago canceroso es una lesión nítidamente infectada y de grave infección. Y en el colon peor aún. Nosotros acostumbramos a defuncionalizar el colon para las resecciones, el ano cecal no es el más apropiado para hacer esta defuncionalización. Pero la infección o la supuración no sólo viene de allí, viene de los manoseos operatorios, viene de la linforragia, por extirpación de terrenos linfáticos y de zonas linfáticas radicales infectadas por su contaminación a partir del tubo digestivo. Y es agravada también por otro elemento, concomitante de la resección pancreática sobre cuya importancia hablamos en el Congreso de Cirugía pasado, señalado por Hastenbach, el papel que tiene la extirpación del bazo en el número de infecciones. El número de infecciones se dobla. Ese enfermo tuvo una gran infección, infección que se manifestó por supuraciones múltiples, todo a lo largo de la incisión. Estas infecciones terminan con cualquier sutura, incluso con las suturas que se hagan del páncreas. 2º) Entran también en juego los componentes que podríamos definir, sin comprometerlos demasiado, como ileus. Hay un ileus regional postoperatorio. Y ese ileus tiene además de la infección otras causas. Tiene la linforragia, tiene la sección de nervios (en las gastrectomías las secciones de los vagos, determinando un ileus duodenal y muy a menudo duodeno - pancreático, por dilatación) y en la colectomía todo el despojo de cabeza, de páncreas y de duodeno. Esto se hizo precisamente en ese caso por disección del pedículo mesentérico superior, porque esta persona tenía ganglios

a todo a lo largo de la arcada de Riolano, tanto en el sector izquierdo como en el sector derecho. 3º) Además del ileus deben señalarse otros fenómenos más raros de poner de manifiesto, concomitantes, que nosotros lo hemos visto alguna vez y que no nos hubiéramos atrevido a hablar si no encontráramos en un relato anatomopatológico de Singer una indicación nítida al respecto. Empujes congestivos de tipo hiperhémico, sanguinolentos, a nivel de la zona operatoria, que hemos encontrado en reintervenciones; que hemos encontrado a veces, examinando la hidratación por vía peritoneal. Abriendo la pinza de Pezzer que hace la hidratación, vemos salir a veces un líquido sanguinolento. Singer por ejemplo, señala edema sanguinolento del yeyuno y del estómago y le atribuye su coparticipación en el resultado final. Se sabe que la resección de páncreas va acompañada de esos empujes de tipo particular, no todavía bien definidos. Se sabe la relación que tiene el páncreas con las formaciones ulcerosas en el estómago, etc. Y sabemos nosotros que estamos en un terreno que todavía tiene que ser explorado más, para poder llegar a consideraciones al respecto. Debemos recordar, a propósito de esto, que últimamente se utilizan, estando, podríamos decir de moda, productos químicos para ir contra esas pancreatitis, esas necrosis de páncreas que se pueden presenciar, aún sin haber hecho la más mínima resección de páncreas. Cuanto más, cuando se ha hecho resección de páncreas. Y el 4º elemento que hay que señalar aparece muy claro en este caso. Uds. se preguntarian o se deben preguntar, por qué esa fistula, y yo le voy a admitir al Dr. Otero que sea de origen pancreático, aún cuando no presenta la prueba. Y una de las cosas más interesantes es el trayecto de las fistulas que va primero al hipocondrio izquierdo y va después hacia algo que queda del páncreas. El páncreas ha sido cortado a derecha de la línea media y la fistula va al hipocondrio izquierdo. Es otro punto que también me ha preocupado mucho en estos últimos tiempos y que lleva a actos operatorios determinados. Es el de los espacios que podríamos decir muertos, residuales de las grandes resecciones abdominales. Estos espacios existen en la parte inferior donde las paredes son rígidas, es decir, cuando se hacen grandes extirpaciones de recto, esos espacios existen en las resecciones de hígado, lobectomías hepáticas derechas, por ejemplo, y esos espacios muertos existen cuando se hacen gastrectomías totales con esplenectomía y pancreatctomía. Los elementos que pueden ocupar esos espacios son el colon (en este caso no se puede decir el colon) y el delgado que es un mal elemento de relleno. El diafragma establece sobre el espacio operatorio una cámara de aspiración contra la cual no puede un simple tubo de drenaje como yo empleé en este caso y como no empleo ahora, ya que cuando hago eso trato de disponer las cosas de manera que se rellena esa cámara y de establecer un drenaje aspirativo para ir en contra de la aspiración diafragmática que se puede comprobar perfectamente bien. Pero en las resecciones asociadas de páncreas que diría yo que hay que tratar de evitar lo más posible liberando y limpiándolo en lo posible, indudablemente agravan la situación porque esta secreción pancreática contribuye dentro de ese conjunto y contribuye en gran forma a la agravación del sujeto. Todavía hay que distinguir dos casos, cuando uno opera sin shock operatorio y cuando uno hace una operación de esas que se puede considerar desmedidas. En este caso un enorme tumor, de más de 10 cms. de diámetro, fijo a la pared posterior en que hay que reseca la atmósfera celulosa y la atmósfera grasosa perirrenal, quedando la cara anterior del riñón al descubierto y en que después de haber hecho la extirpación desde el punto de vista de una colectomía izquierda bastante bien, todavía tenemos que ir al lado derecho porque no sólo hay un tumor preduodenal sino que hay una invasión de la rama derecha de la arcada de Riolano. En esos casos, una vez terminada la intervención, cuando ha separado uno todo lo que macroscópicamente parece invadido, queda todavía el cierre de la incisión, y el acomodar las vísceras para que luchan contra lo que

puede venir. Y aquí es lo que se presenta, lo que podíamos decir los acortamientos del tiempo operatorio, la liquidación de los tiempos operatorios. En este enfermo, el Dr. Otero probablemente para no rozarme, se guardó que yo había hecho como cierre una ligadura de páncreas a  $\frac{1}{2}$  cm. del corte de sección. No lo dijo, pero es así una ligadura, ¿no? Yo le diría por ejemplo, para demostrarle que este problema es importante, que el cierre del muñón pancreático es un cierre que es fácil o es difícil. Hay elementos venosos a respetar, como la vena esplénica que hay que pasar al costado para hacer bien el cierre, que está incrustada en el páncreas, que tiene pequeños elementos venosos que la fijan, hay a veces, pequeñas hemorragias al hacer la travesía del parénquima y los hilos además son verdaderos setones de drenaje pancreático, además de ser elementos de cierre. Más de una vez me ha sangrado, más de una vez me lleva varios minutos y entonces hay que ir por un procedimiento rápido. Le voy a citar, por ejemplo, el procedimiento que utiliza Nakayama. El procedimiento que utiliza Nakayama es un procedimiento que uno consideraría mal. Hace la atricción del páncreas con una pinza magulladora. Es decir que determina en el páncreas una zona de necrosis y dentro de nuestro concepto una de las zonas de necrosis es una incitación a una pancreatitis. Y una incitación a una pancreatitis en un páncreas que va a estar sometido a un ileus duodenopancreático, a un empuje congestivo, a una infección de vecindad, parecería que es mucho. Sin embargo, Nakayama es un cirujano de gran experiencia, en el año 1956, cuando presentaba su pinza magulladora, señalaba 92 casos de resecciones asociadas de estómago, bazo y páncreas con dos solas muertes, utilizando su pinza magulladora, que no es un procedimiento lógico. No es lógico, no, porque precisamente determina la necrosis. Pero es un procedimiento de esos que ahorra tiempo. Hay que señalar que toda la serie de tiempos complementarios antes del cierre de la pared pueden llevar más de una hora, y más de una hora es una cosa importante. Yo creo que el Dr. Otero estuvo perfectamente bien en la conducción del sujeto, que demostró esa garra que tiene cuando se prende a uno de estos casos y que lo resolvió bien. Si la fístula era o no de origen pancreático y se resuelve o no por anastomosis al estómago o al yeyuno, si se resuelve porque queda una vía abierta, o si se resuelve porque le da el tiempo necesario para cerrar que es otra de las interpretaciones, el hecho es que el sujeto se curó y está bien.

**En el Trabajo PAROTIDECTOMIA CONSERVADORA. Fundamentos Anatómicos y Técnica Quirúrgica. Dres. WALTER SUIFFET y LIBER MAURO. Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay XXXII: 690, 1961. Se ha deslizado un error en la compaginación de las Leyendas y Grabados, (Figs. 10, 11 y 12).**

A la Leyenda Fig. 10 le corresponde la Lámina de la Fig. 12.

A la Leyenda Fig. 11 le corresponde la Lámina de la Fig. 10.

A la Leyenda Fig. 12 le corresponde la Lámina de la Fig. 11.