

Pancreatitis crónica calcificante de origen alcohólico *

Doble derivación: colecisto y wirsungoyeyunostomía

Dr. BOLIVAR DELGADO ***

M. C., 39 años. Hospital de Clínicas, número 130.625. Desde hace 3 años presenta un sufrimiento doloroso caracterizado por intensísimas crisis dolorosas de epigastrio irradiadas en barra a ambos hipocondrios y fosas lumbares. Se acompañan de sudoración profusa y abundantes vómitos. Son provocadas electivamente por la ingestión de alcohol. Duran de 2-4 días y ceden con analgésicos (morfinas). Van seguidas de orinas colúricas y acolia fecal durante varios días. Se suceden periódicamente, siendo su frecuencia y duración cada vez mayores. En el intervalo de las crisis, tolera cualquier alimento. No ha presentado síndrome infeccioso ni ictericia. Tampoco hemorragias digestivas. Repercusión general manifestada por un adelgazamiento de 10 kilos. Repercusión psíquica importante. Desde hace muchos años, etilismo intenso: 1 litro de grappa y 10 de vino, diarios. Ingresó por crisis dolorosa más intensa y duradera que las anteriores.

Al examen, como único elemento positivo, presenta un dolor a la palpación profunda supraumbilical.

Exámenes. Rx. gastroduodeno: gastritis. Duodenitis. **Biligrafina:** poca opacificación de la biliar; no se ven cálculos; imágenes cálcicas e inhomogéneas proyectadas a la derecha de los cuerpos L2-L3 (fig. 1). **Sondeo duodenal:** evacuación vesicular incompleta; bilis B con sedimento de tipo cristalino. **Quimismo gástrico:** aclorhidria. **Curva de glicemia:** normal. **Funcional hepático:** normal. **Unidades pancreáticas:** en sangre 64; en orina 256.

Se opera el 5-7-67 con el diagnóstico de pancreatitis crónica calcificante de etiología alcohólica. **Operación** (Dres. B. Delgado, R. Praderi y D. Cassinelli): Anestesia general. Exploración: páncreas difusamente aumentado de volumen y consistencia, con zonas nodulares predominando en la región cefálica. Peripancreatitis. Colédoco dilatado y vesícula tensa sin cálculos. No hay elementos de hipertensión portal. Punción del Wirsung a nivel del istmo, extrayéndose jugo pancreático turbio. Wirsungografía: sistema canalicular muy dila-

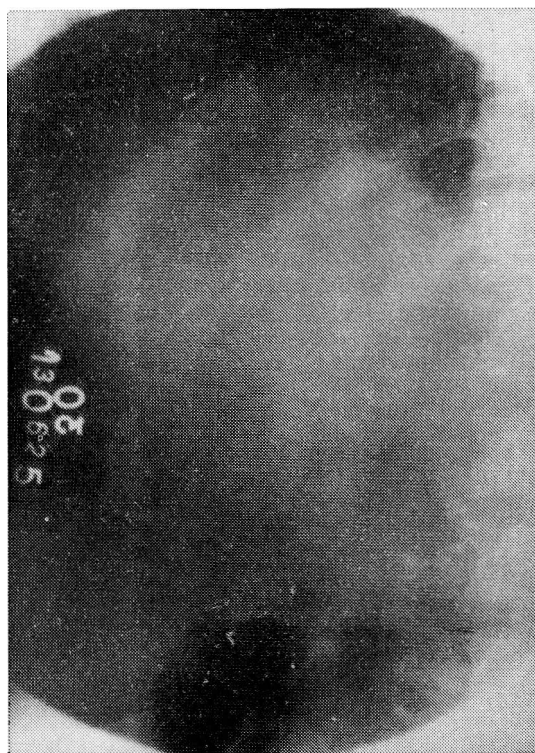


FIG. 1.— Calcificaciones a nivel de la cabeza pancreática.

tado en su porción cefálica, disminuyendo de calibre hacia la cola. No hay pasaje al duodeno. Colangiografía por punción vesicular: colédoco moderadamente dilatado y afinado en su porción pancreática con pasaje dificultoso al duodeno (fig. 2).

Wirsungotomía longitudinal desde el istmo hasta la porción yuxtaduodenal de la cabeza pancreática (unos 6-8 cm.). No hay litiasis. Las calcificaciones son parenquimatosas. Biopsia del páncreas.

Se prepara un asa en Y de Roux de unos 60 cm. de largo y se realiza colecistoyeyunostomía T-T y sobre la misma asa wirsungoyeyunostomía L-L en un plano. Colecistostomía de descarga a nivel del cuerpo vesicular.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" del Prof. A. Chifflet.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 7 de octubre de 1968.

*** Asistente de Clínica Quirúrgica. Francisco Vidal 785, Apto. 5, Montevideo.

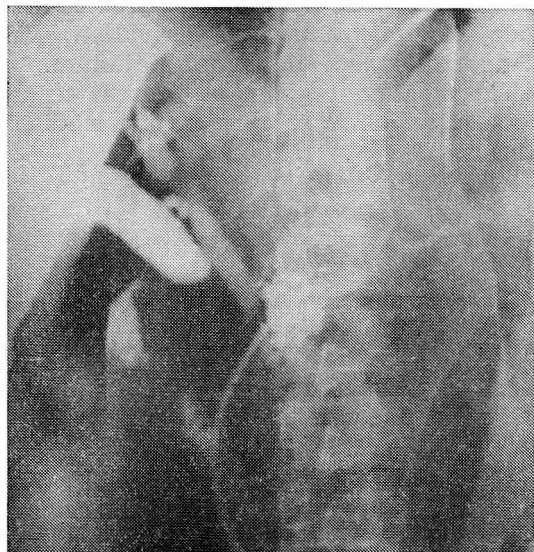


FIG. 2.— Colangiografía y wirsungografía simultáneas.

Postopertaorio. Bueno hasta el 5º día, en que debe ser reintervenido por una hemorragia intensa provocada por caída de escara de la arteria epigástrica a nivel de su incisión paramediana. Buena evolución ulterior.

El estudio de enzimas en el líquido pancreático fue de 2.048 U.W., y en la bilis de la colecistostomía de 4.096 U.W.

Anatomía patológica. Fragmento de parénquima pancreático, de cuya arquitectura glandular sólo quedan restos en forma de islotes, debido a una fibrosis intersticial difusa de su estroma.

Evolución alejada. Al año de operado ha desaparecido totalmente su sufrimiento; no ingiere más alcohol. Gran mejoría física y psíquica con aumento de varios kilos de peso y reintegro a su trabajo. Los exámenes de laboratorio no muestran la existencia de una insuficiencia endocrina ni exocrina manifiesta. Radiográficamente se aprecia una disminución de las calcificaciones pancreáticas.

COMENTARIO

La pancreatitis crónica calcificante (P.C.C.) es la forma más frecuente de pancreatitis en los países donde el alcoholismo está extendido o donde existen carencias proteicas (10). Ha sido señalada la poca frecuencia de esta afección en los países del Río de la Plata (7).

Anteriormente hemos presentado una observación similar, pero que fue tratada por resección (duodenopancreatectomía) con buenos resultados inmediatos (2).

La P.C.C. de etiología alcohólica es en general una afección crónica y evolutiva, en la cual el intervalo entre las crisis se hace cada vez más breve, instalándose con el tiempo una esteatorrea y una diabetes (10).

Frecuentemente, múltiples y graves complicaciones vienen a agravar la enfermedad: pseudoquistes que pueden secundariamente infectarse o comprimir el colédoco, hemorragias digestivas por hipertensión portal, tuberculosis pulmonar, toxicomanía, caquexia, etc. (10).

Hardouin (3) afirma que todas las P.C. primitivas deben ser sometidas en primer término a tratamiento médico, que en las formas habituales (que son las más frecuentes) es capaz de controlar el curso de la enfermedad. En este tratamiento médico es fundamental la supresión del alcohol.

En las formas complicadas o que responden poco al tratamiento médico, debe planearse la operación.

En el momento actual, la mayoría de los autores se inclinan a dos tipos de intervenciones (1, 5, 6, 7, 8, 9): 1) resecciones pancreáticas; 2) derivaciones wirsungoyeyunales. Complicaciones agregadas al curso de esta afección podrán plantear la necesidad de efectuar procedimientos quirúrgicos complementarios: anastomosis biliar digestivas, drenaje de pseudoquistes, etc.

Las resecciones pancreáticas se plantean: 1) en lesiones con franco predominio a un sector de la glándula: pancreatectomías izquierdas en aquellas a predominio caudal (4); duodenopancreatectomías en aquellas a predominio cefálico (1); 2) en lesiones difusas, muy dolorosas, con gran repercusión sobre el estado general, habiendo provocado una diabetes y sobre todo si además se agrega una hipertensión portal: pancreatectomía casi total (6); 3) ante el fracaso de operaciones de derivación; 4) cuando además se agregan complicaciones (ejemplo: pseudoquiste corporo-caudal).

Las derivaciones wirsungoyeyunales se plantean en lesiones menos importantes, difusas y con Wirsung dilatado.

Ambos procedimientos a menudo se combinan entre sí: wirsungoyeyunostomía que reconstituye el tránsito pancreaticodigestivo luego de resecciones pancreáticas cefálicas; pancreatectomía caudal para realizar una wirsungoyeyunostomía tipo Du Val (3), etc.

Ningún procedimiento operatorio es capaz de curar definitivamente esta afección y hacer desaparecer el riesgo de recidivas (9). Sin embargo, se señalan buenos resultados del tratamiento quirúrgico (4, 5, 6, 7, 9), siendo al parecer mejores en las operaciones de resección que en las de derivación.

RESUMEN

Se presenta una observación de pancreatitis crónica alcohólica tratada con buenos resultados por doble derivación colecisto y wirsungo-yeyunal.

Se hacen consideraciones sobre el tratamiento actual de esta afección tan poco frecuente en nuestro medio.

RÉSUMÉ

On présente l'observation d'un cas de pancréatite chronique alcoolique traitée par une double dérivation cholécystique et wirsungo-jéjunale, avec de bons résultats.

Des considérations sont faites sur le traitement actuel de cette affection si peu fréquente dans notre milieu.

SUMMARY

This paper presents the conclusions derived from the observation of one case of

chronic alcoholic pancreatitis, treated with good results by double derivation; gallbladder and duct of wirsung-jejunum.

The treatment given at present to this disease, which is so rare in our media, is discussed.

BIBLIOGRAFIA

1. CATTELL, R. B. and WARREN, K. W. *Surgery of the Pancreas*. Sanders Ed., London, 1953.
2. DELGADO B. Pancreatitis crónica calcificante. Duodenopancreatectomía cefálica. *Rev. Cir. Uruguay*, 38: 179, 1968.
3. HARDOUIN, J. P. Problemes thérapeutiques des pancréatites chroniques. Traite médical. Discussion des indications opératoires. *Rev. Pract.*, 26: 3339, 1966.
4. MALLET-GUY, P., MICHOULIER, J. et BOSSER, C. *Pancréatites chroniques et récidivantes*. Masson, Paris, 1962.
5. MERCADIER, M., CLOT, J. P. et CAMPLEZ, Ph. Les excréces dans les pancréatites chroniques. *Ann. Chir.*, 21: 633, 1967.
6. MERCADIER, M., CLOT, J. P., MELLIERE, D. et CAMPLEZ, Ph. La pancréatectomie presque total. *Ann. Chir.*, 21: 681, 1967.
7. MOREL, C. *Pancreatitis crónicas*. López Ed., Buenos Aires, 1963.
8. PUESTOW, C. B. Chronic Pancreatitis. Technique and Results of Longitudinal Pancreatico-jejunostomy. 219 *Congr. Soc. Intern. Chir.* Imprimerie Medicale et Scientifique. Bruselas, pp. 187, 1965.
9. SARLES, H. et MERCADIER, M. *Les pancréatites chroniques de l'adulte*. L'Expansion Ed., Paris, 1960.
10. SARLES, H. Evolution des Pancréatites Chroniques. *Rev. Pract.*, 26: 3369, 1966.