

Pancreatitis crónica calcificante. Duodenopancreatectomía cefálica * **

Dr. BOLIVAR DELGADO PEREIRA ***

El interés de esta comunicación reside en la presentación de un típico caso de pancreatitis crónica calcificante en un alcoholista, afección sumamente rara en nuestro medio, donde habitualmente las pancreatitis están vinculadas a la patología biliar y son satélites de ella. En esta afección, por el contrario, la lesión primitiva es la del páncreas, siendo la alteración biliar una repercusión secundaria.

En el curso de su enfermedad el paciente tuvo cinco ingresos al Hospital de Clínicas e innumerables consultas al Departamento de Emergencia por la reiteración de sus cuadros dolorosos que lo llevaron a incapacitarlo por completo.

La resección quirúrgica realizada ha llevado a la remisión completa de su sufrimiento. El paciente ha recuperado el peso y está reintegrado a sus tareas de feriante. Ha quedado como secuela de su afección pancreática una moderada insuficiencia exocrina y endocrina, por lo cual periódicamente recibe medicación opoterápica.

L. A. G. Historia Clínica Nº 145.019.

1962. Paciente de 37 años, estilista intenso que presenta desde largo tiempo atrás cuadros dolorosos de epigastrio irradiados a ambos hipocondrios, acompañados de vómitos, y desencadenados por la ingestión de alimentos grasos o de alcohol. Este último cuadro se acompañó de un síndrome coledociano, lo que motivó su ingreso.

Examen clínico. Subictericia. Moderada hepatomegalia. Abdomen doloroso difusamente.

De los exámenes practicados resumimos: enzimas pancreáticas (a las 48 horas del ingreso), normales; funcional hepático, subictericia de laboratorio sin toque hepatocítico; colecistografía y biligrafías, normales; sondeo duodenal; buen gasto biliar.

Se le da de alta sin diagnóstico.

Sigue repitiendo periódicamente sus cuadros dolorosos.

8-VI-1963 (reingreso). Cuadro clínico similar al del ingreso anterior. Glicemia, 1gr.69; funcional hepático, igual que el anterior; colecistografía y biligrafías, normales; gastroduodeno, elementos de gastroduodenitis; sondeo duodenal, evacuación vesicular negativa; flujo biliar disminuido; cristales de bilirrubinato en el sedimento biopsia hepática, fibrosis portal.

El cuadro cede con tratamiento médico. Alta con el diagnóstico de síndrome coledociano y duodenitis.

26-I-1964. Ha seguido repitiendo periódicamente sus cuadros dolorosos con síndromes coledocianos. No toma más alcohol. Ha aparecido una repercusión sobre el estado general. El examen muestra un paciente adelgazado, con ictericia moderada, hepatomegalia y dolor de abdomen superior.

Sin grandes modificaciones en los exámenes realizados.

Un nuevo estudio con biligrafina muestra que el hepatocolédoco se ha dilatado, se visualiza la vesícula sin cálculos. Se resuelve explorarlo quirúrgicamente.

Operación (12-II-1964). Hígado y gastroduodeno s/p., vesícula distendida con bilis espesa y pequeños calculos pigmentarios poco abundantes, páncreas engrosado difusamente y multinodular a predominio cefálico, manchas de citoesteatonecrosis. Se realiza: colecistectomía; colangiografía transcística que muestra un colédoco dilatado, sin imágenes de cálculos y un afinamiento del colédoco distal que parece corresponder a una pancreatitis crónica (fig. 1); se deja un drenaje transcístico del colédoco.

Diagnóstico. Microlitiasis vesicular; pancreatitis crónica.

Postoperatorio. S/p. Alta. Al mes y medio se le sale el tubo de drenaje.

29-XII-1964. Reingreso por cuadro similar a los anteriores. Por primera vez un estudio de enzimas pancreáticas muestra que están aumentadas (amilasuria 512 U.W.) Radiografía de abdomen: se ven calcificaciones en la zona de proyección de la cabeza del páncreas (fig. 2); fosfatasas alcalinas de 21 U.B.; curva de tolerancia a la glucosa de tipo diabético; estudio coprofuncional s/p.

22-V-1965. Reingresa por cuadro doloroso similar. Ictericia obstructiva.

Operación (Dres. B. Delgado, Díaz y Caritat). Anestesia general. Mediana supraumbilical; se liberan adherencias: 1) hígado de aspecto y palpación normal; 2) colédoco enormemente dilatado (como un grueso pulgar);

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

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 12 de julio de 1967.

*** Asistente de Clínica Quirúrgica.



FIG. 1.

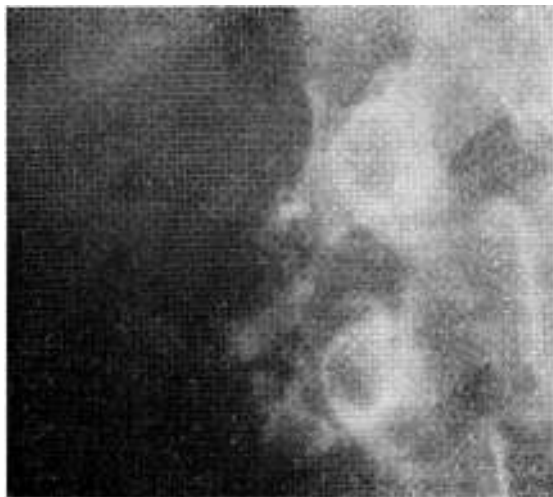


FIG. 2.

3) estómago s/p.; 4) páncreas: se explora luego de decolamiento retroduodenopancreático y de apertura de la retrocavidad; muy aumentado de tamaño y consistencia y en forma difusa; multinodular a nivel de la cabeza; consistencia firme; no se palpan zonas quísticas, es evidente que el proceso predomina en la porción cefálica; 5) duodeno: estirado y disminuido de calibre a la altura de D2; 6) mesos vecinos con manchas de citoesteatonecrosis.

Se intenta realizar una wirsungografía por punción a nivel del istmo, no lográndose por la extrema dureza del páncreas y por no entrar en el sistema canalicular.

Dado que las lesiones predominan francamente en la porción cefálica, que hay una obstrucción total de la vía biliar, una estenosis relativa del duodeno y que seguramente no hay una dilatación canalicular pancreática, se decide realizar una duodenopancreatectomía cefálica, conservando el sector distal fundamentalmente desde el punto de vista endocrino.

Se realiza la liberación, que es muy dificultosa por la peripancreatitis. Al seccionar el páncreas al nivel del istmo se comprueba que no existe dilatación canalicular.

Se extraen del segmento cefálico del Wirsung dos pequeños calculinos blancos. Se reconstituye el tránsito a la manera de Child. Drenaje transhepático de seguridad del asa diverticular con la técnica de Praderi.



FIG. 3.— Radiografía de la pieza operatoria. Se observan las calcificaciones pancreáticas. La flecha señala la papila.



FIG. 4 — Fotografía de la pieza operatoria.

Postoperatorio. Hematemesis al 6-7 día, que ceden con tratamiento médico. Alta a los 20 días.

A las 3 semanas una colangiografía de control muestra una buena permeabilidad de la anastomosis, por lo cual se retira el drenaje.

Evolución alejada. El paciente ha sido controlado periódicamente hasta el momento actual (2 años).

RESUMEN

Se presenta un caso típico de pancreatitis crónica calcificante en un alcoholista, con gran sufrimiento doloroso y obstrucción coledociana. La resección efectuada (duodenopancreatectomía cefálica) condujo a la remisión clínica, quedando como secuela una leve insuficiencia exocrina y endocrina.

RÉSUMÉ

On présente un cas typique de pancréatite chronique calcifiante chez un alcoolique avec grande douleur et obstruction chole-docienne. La resection effectuée (duodeno-pancreatectomie céphalique) a conduit à la diminution des symptômes cliniques restant comme séquelle une légère insuffisance exocrine et endocrine.

SUMMARY

A report is made of a typical case of calcifying chronic pancreatitis in an alcoholic, involving sharp pain and common duct occlusion. Resection (cephalic duodeno-pancreatectomy) resulted in clinical remission, there remaining as sequela a slight exocrine and endocrine insufficiency.

DISCUSION

Dr. Michelini: Yo felicito al Dr. Delgado, en primer lugar por el resultado obtenido y en segundo lugar por la decisión tomada. Evidentemente en nuestro medio la pancreatitis

crónica recidivante no tiene la frecuencia que debe tener en otros países de acuerdo a los datos que tenemos. Hace casi dos años tuve ocasión de tratar a un paciente con una pancreatitis crónica residivante, conocido seguramente por más de uno de los cirujanos aquí presentes, especialmente por el Dr. Suiffet; era un enfermo que había sido colecistotomizado, luego colecistectomizado, luego gastrectomizado por una úlcera duodenal. Yo lo ví finalmente por una pancreatitis crónica. En este enfermo tuvimos la intención de realizar una pancreatectomía de las llamadas del 95 %. Sin embargo, la dificultad que encontré fue fundamentalmente de orden técnico; tengo la impresión, por lo menos con ese paciente, que la pancreatectomía por pancreatitis crónica es más difícil que la pancreatectomía por neoplasma de cabeza de páncreas.

En ese enfermo realizamos sólo una coledocoduodenostomía con pocas esperanzas; sin embargo, hace pocos días lo ví y no puedo decir que sea un enfermo reintegrado a su vida totalmente normal, pero francamente mejorado.

Recalco pues, que la impresión de tan modesta experiencia de un solo caso, es que la pancreatectomía en la pancreatitis crónica es técnicamente sumamente difícil.

Dr. Bolívar Delgado Pereira: Agradezco las palabras del Dr. Michelini; estamos totalmente de acuerdo con el Dr. Michelini, en que la duodenopancreatectomía por pancreatitis crónica es una operación sumamente difícil; los planos de clivaje peripancreáticos han prácticamente desaparecido. En este enfermo hubo prácticamente que esculpir la vena porta en la cara posterior del páncreas; reconozco que es una operación de grandes dificultades técnicas.

Por supuesto, no traje a este enfermo para discutir el tratamiento quirúrgico de la pancreatitis crónica, que tiene muchos aspectos. Creemos que la resección pancreática es el último recurso al que hay que recurrir. Creo que en estos enfermos hay que hacer la anastomosis biliodigestiva y hay que tratar de hacer una anastomosis pancreaticodigestiva.

Este enfermo tenía también una estenosis de la segunda porción del duodeno, lo cual hubiera obligado además a realizar una gastroenteroanastomosis. Hemos tenido la suerte de operar recientemente otro enfermo exactamente igual, con la diferencia de que éste era un enfermo que tenía un Wirsung muy dilatado, que se pudo estudiar muy bien con wirsungografía operatoria. No le hicimos una pancreatectomía cefálica, le hicimos una anastomosis biliodigestiva y una wirsungoyeyunostomía, que creemos que es el tratamiento más indicado.