

Seudoquistes de páncreas

Resultados del tratamiento quirúrgico

Dres. BOLIVAR DELGADO y URUGUAY LARRE BORGES *

En un trabajo anterior (7) nos hemos referido al tratamiento quirúrgico del seudoquiste de páncreas (S.Q.P.). En éste haremos una evaluación de los resultados obtenidos por dicho tratamiento y los referimos a nuestra serie, en la que fueron operados 15 pacientes por cirujanos de la escuela quirúrgica del Prof. A. Chifflet.

Estos resultados están en función de una serie de hechos semejantes a los que condicionan el tipo de tratamiento instituido: condiciones generales del paciente, estado y complicaciones del seudoquiste, etiología del mismo, número y topografía, tipo de procedimiento utilizado, etc.

Es evidente que las condiciones generales del paciente juegan un rol de fundamental importancia y pueden obligar a realizar procedimientos más simples que exponen a recidivas y a la realización en un segundo tiempo de otros más complejos.

Dentro de las complicaciones del S.Q.P. señalemos, como lo hacen Becker (1) y otros autores, como hecho de fundamental jerarquía, la rotura del seudoquiste que expone a una altísima mortalidad que llega a cifras del 50 %.

La etiología del proceso juega un rol muy importante. En los S.Q.P. que acompañan a la pancreatitis crónica se obtienen globalmente mejores resultados inmediatos (objetivados por una menor mortalidad) que en aquellos secundarios a una pancreatitis aguda, pero en cambio con peores resultados alejados que en éstos [Mercadier (9)].

En los S.Q.P. postnecróticos la mortalidad operatoria es mayor y el índice de curación menor que en los postraumáticos (6).

Evaluando los resultados obtenidos en función del procedimiento operatorio utilizado encontramos:

DRENAJE EXTERNO (1, 3, 4, 6, 8, 10)

La mortalidad oscila entre 5-33 % (S.Q.P. postnecrótico), siendo menor en los S.Q.P. postraumáticos donde llega en algunas estadísticas al 2 %.

Este sencillo procedimiento cura la afección entre un 40-70 %, señalándose aquí también que los índices de curación más altos se encuentran en los S.Q. postraumáticos. El factor fundamental que condiciona esta diferencia está en el hecho de que habitualmente el S.Q. postraumático se desarrolla en una glándula previamente sana.

Las causas de los fracasos pueden ser repartidas así: 50 % fístulas persistentes (comunicación canalicular amplia); 25 % recidiva del S.Q.; 20 % drenaje efectuado en un carcinoma por error; 5 % evolución de la enfermedad de fondo (pancreatitis crónica).

Es necesario recordar que este procedimiento expone a una grave complicación que es la hemorragia secundaria.

Las estadísticas consultadas muestran una tendencia a utilizar cada vez menos este tipo de drenaje como operación de elección (10).

Sus resultados, que pueden ser considerados como buenos, deben ser valorados teniendo en cuenta que este procedimiento es usado habitualmente en pacientes con grave riesgo quirúrgico o un S.Q.P. complicados.

En nuestra serie se utilizó esta técnica 10 veces: como único procedimiento en 7, asociado a otros en 3 (colecistoduodenostomía en 1, sección del cuello del páncreas

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 13 de mayo de 1970.
* Asistente de Clínica Quirúrgica; Docente Adscrito de Cirugía (Facultad de Medicina de Montevideo).

y ligadura del Wirsung en 1, colecistectomía y coledocostomía en 1). Nueve de ellos curaron de primera en plazos variables entre 20 días y 3 meses; 1 recidivó y curó con una operación secundaria (sección del cuello del páncreas, ligadura del Wirsung y nuevo drenaje externo); no hubo ninguna muerte.

DRENAJE INTERNO

En las revisiones efectuadas por Becker (1) y Morel (10), se aprecia que la quistoyeyunostomía y la quistogastrostomía son los procedimientos más usados, con leve predominancia de esta última.

La *quistoduodenostomía* es poco frecuentemente realizada. Tiene una mortalidad baja que oscila de 0-5 % y muy buenos resultados alejados [cerca del 95 % (1, 10)].

Desde el punto de vista del drenaje del jugo pancreático, es la más fisiológica de estas derivaciones y eso puede ser un elemento que influya en sus buenos resultados.

La *quistogastrostomía* es una excelente operación (1, 3, 6, 10), con baja mortalidad (0,7-3,6 %) y buenos resultados alejados (alrededor del 95 %).

La *quistoyeyunostomía* con asa desfuncionalizada (1, 3, 5, 6, 10) proporciona resultados semejantes a la anterior: mortalidad de 0,8-7,4 % y buenos resultados alejados de más del 90 %.

Estas derivaciones internas no liberan al paciente del riesgo de una hemorragia secundaria.

Consideradas globalmente (6) encontramos que en los S.Q.P. postnecróticos tienen una mortalidad del 3 %; curaciones de más del 90 %.

Las muertes son provocadas fundamentalmente por: peritonitis por falla de sutura y hemorragias secundarias.

Los fracasos se reparten así: 50 % por fallas técnicas al realizar el procedimiento; 37 % por la evolución de la enfermedad que motivó el S.Q.; 13 % por tratarse de un carcinoma tratado erróneamente como un S.Q.

En los S.Q.P. postraumáticos sólo se aprecia con respecto a estas cifras leves diferencias.

En nuestra serie se realizó una quistogastrostomía con excelente resultado en un S.Q. postraumático; una quistoyeyunos-

tomía lateroaterminal en Y (S.Q. postnecrótico) que tuvo que ser reintervenida por hemorragia grave secundaria realizándose en ese segundo tiempo una hemostasis por ligadura de la arteria esplénica y drenaje externo curando.

DRENAJE CANALICULAR

Hay poca experiencia y tendencia general a abandonar este tipo de drenaje (9, 10).

RESECCION

Es para muchos el procedimiento de elección cuando se plantea con indicaciones precisas (6, 9, 10).

Mallet-Guy reúne 21 casos personales y 18 publicados por diferentes autores de pancreatectomías izquierdas con 2 muertes y muy buenos resultados alejados.

Becker (1) en una revisión de 1.020 casos de S.Q.P., consigna 126 resecciones con 10,3 % de mortalidad y 2,6 % de recidivas.

Morel (10) realiza también una extensa revisión de S.Q. tratados (613 casos) y sobre 87 resecciones señala: 8 % de mortalidad y sólo 3,5 % de fracasos.

En las resecciones efectuadas en pancreatitis crónicas con S.Q., los resultados son más pobres y esto es debido a la evolución de la enfermedad de fondo que es la que en general motiva la resección y no el propio S.Q.

En nuestra serie se realizaron sólo 3 resecciones: 2 duodenopancreatectomías en S.Q. cefálicos en pancreatitis crónica; 1 quistopancreatectomía izquierda. En los 2 primeros casos la evolución inmediata fue buena y la alejada mala y gravada por la enfermedad de fondo. En el otro la evolución inmediata y alejada fue buena.

RESUMEN

Se hace una revisión de los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico del pseudoquistes de páncreas, teniendo fundamentalmente en cuenta la etiología y el procedimiento utilizado.

Se hace referencia a una corta serie de 15 casos presentada por los autores.

RÉS MÉ

Révision des résultats obtenus dans le traitement chirurgical du pseudokyste du pancréas, compte tenu fondamentalement de l'étiologie et de la méthode suivie.

Il est fait référence à une série réduite de 15 cas présentée par les auteurs.

SUMMARY

The results obtained in the surgical treatment of pancreatic pseudocyst are reviewed with special emphasis on etiology and the procedures applied, and with reference to a serie of 15 cases presented by the authors.

BIBLIOGRAFIA

1. BECKER, W. F., PRATT, H. S. and GANJI, H. Pseudocysts of the pancreas. *Surg. Gyn. Obst.*, 127: 744, 1968.
2. CUILLERET, J., MICHEL, A., CANON, J. J., SPAY, G., CAMPO PAYSAR, A., CUCHE, J., MIKAELOFF, Ph., VACHON, A. et GUILLEMIN, G. Les formations pseudokystiques du pancreas. *Ann. Chir.*, 22: 1011, 1968.
3. EASTMAN, P. F., MUSSELMAN, M. M., STEWART, W. H., NORTHWAY, R., REYNOLDS, R., MILLER, E. B., PEACOCK, J. and RANNICK, G. Pseudocysts of the pancreas. *Ann. Surg. (suppl.)*, 154: 231, 1961.
4. FONTAINE, R., LANG, G., HIEBEL, C., BABIN, S. et PEREZ-DAY, R. A propos de 31 pseudokystes nécrotiques du pancreas. Données cliniques et thérapeutiques. Résultats éloignés. *Lyon Chir.*, 61: 496, 1965.
5. LAMY, J., BARLES, J. C., MARTU, M. et SARLES, H. Traitement des pseudo-kystes pancréatiques d'origine alcoolique. *Arch. Mal. App. Digest.*, 52: 507, 1963.
6. LARRE BORGES, U. *Seudoquiste de páncreas*. Premio "Clivio V. Nario". Montevideo, 1960. (Inédito.)
7. LARRE BORGES, U. y DELGADO, B. Tratamiento quirúrgico del seudoquiste de páncreas. *Cir. ruguay.* (En prensa.)
8. MALLET-GUY, P. et MICHOULIER, J. La pancréatectomie d'amont dans le traitement des pseudo-kystes du pancreas. *Lyon Chir.*, 54: 742, 1958.
9. MERCADIER, M., CLOT, J. P. et COQUILLAND, J. P. A propos d'une statistique homogène de plus de 100 cas de collections enkystées d'origine pancréatique. *Ann. Chir.*, 21: 645, 1967.
10. MOREL, C. J. L. Tratamiento de los seudoquistes pancreáticos, 21º Congr. Soc. Intern. Chir. Imprimerie Médicale et Scientifique, Bruselas, 1965.
11. POLAK, E. et KOSTELECKY, Y. Les résultats éloignés du traitement des pseudo-kystes pancréatiques par drainage interne. *Lyon Chir.*, 54: 701, 1958.
12. WARREN, K. W., VEIDENHEIMER, M. C. y ATHANASSIADES, S. Tratamiento quirúrgico de los quistes pancreáticos. *Clín. Quir. N. Amér.*, junio 1965, pág. 599.

DISCUSION

Dr. Danza: Yo quería felicitar también a los autores y plantear una pregunta relacionada con algunas observaciones que hemos visto y sobre un punto que creo que hay discrepancias.

En el 67 trajimos con el Dr. Franco Danza y el Dr. Fontán un caso de un enorme seudoquiste fisurado en el peritoneo y con ictericia. Se le hizo una doble derivación, una cistoyunostomía y una colecistoyunostomía y evolucionó bien.

En ese caso y en otros casos de pancreatitis, hemos usado el Trasylol, de acuerdo a la bibliografía europea y nacional. Pero relejendo trabajos americanos actuales, vemos que ellos le dan poca importancia al Trasylol; queriamos saber qué experiencia o qué impresión tienen los autores del uso de los antifermentos como el Trasylol.

Dr. Sierra: En quistes verdaderos de páncreas, los que hemos tenido oportunidad de tratar o de colaborar en el tratamiento hemos optado por la derivación interna.

En seudoquistes, que yo recuerde en este momento, tuvimos dos casos muy claros. Uno de ellos una persona joven, un hombre que desarrolló un seudoquiste con el proceso infeccioso que se ve a veces, con fiebre a ganchos y gran desnutrición, rápida caquexia, rápido descenso del estado general. Ese enfermo marchó muy bien con el drenaje externo simplemente, y en poco tiempo.

Y hubo otro enfermo muy interesante en el Servicio en que colaboramos, en el Pasteur, que hizo una pancreatitis aguda muy intensa que rápidamente, a los cuatro o cinco días del inicio del cuadro, se instaló una tumoración abdominal que crecía rápidamente, de modo tal que en pocos días tenía una enorme masa abdominal, como de 25 ó 30 cm. de diámetro, que se hizo el diagnóstico de seudoquiste.

Recién a esa altura se consiguió el Trasylol y se empezó a hacerle. En 48 horas la mejoría fue notoria, que por supuesto se la achacó a la acción beneficiosa del Trasylol.

Después de eso el enfermo, que hasta el momento no lo había hecho, empezó con un síndrome infeccioso con fiebre a ganchos, se intervino y se encontró que había hecho una fistulización espontánea a la cara posterior del estómago. Pero esa fistulización (reinterrogado el enfermo hizo una diarrea intensa que posiblemente fue la evacuación del quiste) estaba en el peor sitio, porque estaba en el domo de una gran cavidad. Entonces dentro del seudoquiste había una supuración con numerosos restos de zanahoria y acelga que se depositaban, pasando por el estómago, dentro de la cavidad del seudoquiste.

En ese enfermo, también con muy mal estado general, se desconectó de la cara posterior

del estómago la cavidad, se hizo un drenaje externo con tubo, por supuesto, y evolucionó muy bien también.

De modo que en nuestra experiencia los enfermos han marchado muy bien con el drenaje externo, sin tener ni fistulas ni recidivas postoperatorias.

Ahora quiero felicitar a los autores porque me parece excelente el trabajo de conjunto y creo que es un trabajo de base muy bueno efectivamente para guiar el tratamiento de estos pacientes en cualquiera de las clínicas de Montevideo.

Dr. Stajano: Ruego a los asistentes de mi ex-Servicio, los Dres. Suiffet y Priario, dado que están en plena actividad y en contacto con los archivos, que aporten en la próxima media hora previa su contribución al tema y al esclarecimiento de la patología y la fisiopatología en este proceso que infelizmente sigue aún sin clara definición patogénica. Los hechos se repiten hoy como ayer y si el talento y la pericia técnica se ponen de manifiesto en la comunicación de hoy, no menos trascendente es que esta Sociedad se aboque a profundizar el problema fundamental de la causal de este polimorfo proceso. El Dr. Suiffet tiene memoria para recordar hasta el nombre de sus enfermos y podrá extractar veinte años de actuación con hechos atrayentes y en relación a la terapéutica de extirpación no siempre posible, así como su pronóstico siempre severo. Es distinto el problema del pseudoquistes residual postraumático con su evolución en general benigna, frente al pseudoquistes siempre grave, producto de una colelitopatía obstructiva y secuela de un complejísimo cataclismo vasomotor intersticial derecho del parénquima. He aquí la razón de su gravedad y el porque seguirá provocando trastornos, dado que los objetivos terapéuticos se siguen guiando de acuerdo a otras directrices, que inciden en otra dirección. Recordamos a través de los años, los cambios de opinión y de indicación terapéutica médica • quirúrgica y en consecuencia la disyuntiva: la intervención de extrema urgencia o la expectación, frente a la gravedad de los casos agudos. Dominaba la duda entre cirugía y expectación, con fundamentos defendibles para ambas partes. Ese caudal de recuerdos y de experiencia vivida, configuró nuestro arsenal de opinión que fortaleció nuestro concepto y nos dio convicción. Nunca hubo tantos pseudoquistes de páncreas como en esa época, en que los médicos internistas rehusaban apelar al cirujano frente al accidente biliar agudo. Cuando era solicitado, su acción era precaria y las mal llamadas pancreatitis que se siguen denominando, eran intervenidas en pleno naufragio y el salvataje se hacía por casualidad. El internista hubo de convencerse de que la pericia quirúrgica no podía subsanar su obstinación expectante y a su pesar se hizo intervencionista a su tiempo. La cirugía biliar dejó de ser asustadora, porque ajustó su indicación y definió con experiencia sus directrices con progresiva precisión, jalando una época gloriosa de la cirugía. Sin embargo, vivimos aún de fundamentales imprecisiones respecto a la patología obstructiva

y al significado patogénico indiscutible de la distensión en el advenimiento y evolución de las colelitopancreaticopatías agudas. El dogma morfológico sigue dominando en la mente del cirujano y lejos está de visualizar los efectos reflexógenos de la injuria distensiva en toda la patología.

Deseo expresar dos palabras respecto al espejismo traidor de la espectacular terapéutica antienzimática. Es exclusivamente sintomática, conquista mejoras y promete curaciones, pero el proceso mecánico sigue desarrollándose por detrás del telón y a los pocos días o semanas da pruebas de su continuidad. Neutraliza la enzima circulante, pero no actúa frente al mecanismo desencadenante que se reedita en el cuadro agudo, o en la aparición del pseudoquistes, el que se hubiera evitado de primera intención en el primer acto del proceso. Esta historia se sigue repitiendo actualmente en las clínicas y hasta cuándo? Reconforta el reconocer que los progresos terapéuticos se logran a través de la experiencia al precio de falsas rutas y sus rectificaciones, hasta lograr con el tiempo su justa indicación. El Prof. Del Campo por su lado, y el que suscribe por el suyo, defendieron con calor la indicación de urgencia y en agudo con hechos positivos que revelaron su excelencia, tal vez con directrices conceptuales diferentes, pero con el mismo resultado feliz, ahorrando a sus enfermos muchos pseudoquistes de páncreas.

Felicito a los autores de esta comunicación que se abocan al tratamiento quirúrgico y en especial a la táctica y técnica de la extirpación no siempre factible. La historia trágica de la hoy vulgar y conocida apendicitis aguda, se repite en presencia del pseudoquistes del páncreas que dejará de importunar a cirujanos y a enfermos cuando se reconozca el objetivo a enfrentar que es la distensión aguda y el significado de la tormenta vasomotriz intersticial, que es su consecuencia.

Dr. Suiffet: Haciéndole a esta comunicación el comentario que pide el Prof. Stajano, debemos decir que en la Clínica de él durante veintidós años no se hizo ninguna derivación interna de ningún pseudoquistes pancreático. Pero la Clínica del Prof. Stajano funcionó desde el año 1936 hasta el año 1957, por tanto las etapas cronológicas, el desarrollo del conocimiento de esta enfermedad, y su conducta en la etapa aguda y en las secuelas ha variado fundamentalmente, por tanto la experiencia debe ser balanceada de acuerdo a las situaciones en las cuales se vivía.

Todos los pacientes que se trataron en la Clínica del Prof. Stajano en esa época, en la etapa de complicación, fueron tratados con drenaje externo. Pero fueron tratados en etapas evolutivas muy variadas y entonces podemos referir algunas evoluciones favorable y otras desfavorables. Desde luego que al no poderse referir ni al número de pacientes total ni al número de pancreatitis, la estadística no tiene valor.

De manera que si nosotros recordamos acá, como estábamos hablando con el Dr. Priario, una señora de la Sala de Cirugía "A" que le fue drenada una colección (eso lo voy a acla-

rar después porque me estoy refiriendo a la actuación de la Clínica del Prof. Stajano) peripancreática, y después se produjo una fistula colónica y una hemorragia que ocasionó la muerte. Otro paciente de la Sala Navarro que fue operado por el Dr. Roglia de urgencia en el Hospital Maciel, y después fue reoperado por el Prof. Stajano conmigo y un ayudante, y se drenó la colección necrótica peripancreática cefálica, en la cual habían trozos de páncreas, y después, posteriormente, en un feriado, se le drenó un flemón perinefrítico izquierdo, y aparentemente salieron más trozos de páncreas. El enfermo vive, pues curó de su afección.

De manera que ese es uno de los casos extremos; el hecho de este caso es anecdótico. El hecho concreto de la experiencia que usted reclamaba es que nunca se hizo una derivación interna.

Haremos algún comentario respecto del trabajo presentado. En primer lugar, es muy importante distinguir desde el punto de vista del concepto patológico, aunque es muy difícil distinguirlo clínicamente, lo que son las colecciones necróticas peripancreáticas y lo que son los pseudoquistes pancreáticos postnecrosis traumáticas por pancreatitis aguda. Son dos situaciones totalmente distintas, y en ellas estriba fundamentalmente la importancia del procedimiento operatorio.

Quando se trata quirúrgicamente una colección necrótica peripancreática en actividad, esos enfermos están condenados al fracaso si se les hace una derivación interna, y ya en la literatura el año pasado (no recuerdo en que revista, puede ser que los autores lo hayan leído) hay una comunicación donde hay tres observaciones de dehiscencia de la anastomosis de derivación interna y el autor hace un llamado de cordura frente a la indicación, haciendo resaltar la dificultad de reconocer el estado evolutivo, no tanto anatómico, sino patológico de la situación. Si se hace una derivación interna en un enfermo que tiene una actividad enzimática importante, no fatalmente, pero con gran probabilidad, la derivación interna va a fracasar por la autodigestión. Es muy difícil, desde el punto de vista clínico primero, porque los autores han marcado un lapso, pero el lapso deben considerar, desde luego, que es muy variable; no se puede decir hasta tantos días tal cosa y después de tantos días tal otra, porque depende fundamentalmente del estado patológico. Es muy difícil saberlo por la clínica. Desde luego que se repite siempre, y eso ha sido muy conversado; muchos de los que acá estuvieron el año pasado en el Congreso Internacional de Cirugía en Buenos Aires y el curso organizado por el Dr. Magaldi, y se habló de este tema extensamente, que la actividad enzimática se expresa, en alguno de sus aspectos por la presencia de los valores elevados de la dosificación de enzimas en sangre y orina, pero tampoco eso es absoluto.

De manera que la etapa clínica de laboratorio es muy difícil. Y después, desde el punto de vista opera orio el cirujano se encuentra en una situación muy particular, porque no creo que pueda determinar el estado evolutivo de

la lesión y, salvo que encuentre una colección con una pared francamente utilizable para una derivación, es tal vez preferible que realice un simple drenaje externo.

La otra consideración surge de la experiencia de los autores y de alguno de los comunicantes; todavía el drenaje externo sigue siendo un procedimiento muy utilizado y muy adecuado a esta situación.

Nosotros tenemos la presunción de que muchas de las derivaciones internas se cierran espontáneamente después que se ha producido la evacuación de la colección y la estabilización del proceso patológico. Porque si la mayor parte de los enfermos que hemos visto, tratados con drenaje externo y reoperados al cabo de un tiempo de la enfermedad causal (nosotros tenemos varios que se han reoperado después de la litiasis vesicular y coledociana) y no encuentra uno rastro ninguno de la situación patológica anterior, es muy probable que muchos de ellos se hubieran curado sin el drenaje interno, y sólo con la derivación el drenaje externo.

Desde luego que todo esto es en el terreno de la hipótesis. Ni que hablar que hay drenajes externos (yo no he tenido personalmente ningún caso ni he observado) que terminen con la fistula pancreática. Porque la fistula pancreática se produce fundamentalmente cuando hay un obstáculo en la canalización pancreática, y siempre en esas circunstancias se está en condiciones de reestudiar el paciente y de tratarlo.

Hay que tener mucha cautela en la utilización de los procedimientos; sin la más mínima duda creo que los pseudoquistes pancreáticos de origen traumático o necrótico, deben ser tratados por derivación externa.

Claro que he visto uno, dos, tres, que después de hecha la derivación externa el enfermo tenía una fistula gástrica, una fistula del ángulo duodenoyeyunal, una fistula colónica, pero eso no es consecuencia del procedimiento quirúrgico al tratar la colección peripancreática, sino de la actividad del proceso, anterior incluso a la terapéutica.

De modo que el problema decíamos que es claramente dificultoso; es muy difícil valorar los distintos procedimientos, que han sido muy bien expuestos por los comunicantes y han servido para la puntualización, y que surge, al parecer, de la experiencia de la Sala, de los que estamos aquí, que el drenaje externo sigue siendo un procedimiento muy conveniente.

Dr. Raúl Praderi: Aunque estoy algo implicado en esa casuística, porque es la casuística del Servicio del Prof. Chifflet, quería recordar algunos detalles.

Como el Dr. Delgado dijo que la evolución de los enfermos con quistes cefálicos a los que se les practicó una pancreatectomía cefálica fue mala por la enfermedad de fondo, quiero pedirle que aclare mejor cómo es esa evolución. Uno de los enfermos, que fue una de las primeras resecciones por quiste de cabeza de páncreas y que fue operado hace cerca de doce años, yo lo veo hasta ahora. Tenía una variedad curiosa de quiste cefálico que obstruía

el duodeno y tenía un proceso inflamatorio de la mucosa duodenal sangrante, y además desde luego una ictericia obstructiva.

Cuando operé a ese enfermo por primera vez visto por la duodenotomía, tenía un aspecto hemorrágico y sangrante. Pensamos que se trataba de un neoplasma de cabeza de páncreas, e hicimos una colecistoyunostomía en Y de Roux.

Lo curioso de la historia de este enfermo fue que mejoró de su complicación principal que era la ictericia, se le practicó en una segunda instancia la duodenopancreatectomía cefálica. Posiblemente a ese enfermo, conociendo mejor el problema, ahora le hubiéramos hecho una quistoduodenostomía, pues se trataba de un quiste pancreático cefálico.

Este enfermo vive, pese a que tiene una aclorhidria y ciertos trastornos digestivos sumados a la duodenopancreatectomía.

También quiero recordar una observación similar a la del Dr. Sierra, no sé si figura allí. Fue un caso del Dr. Varela Soto que estaba por operar un quiste pancreático enorme, y mientras se preparaba el enfermo se curó solo, igual que ese otro, haciendo una fistula quistogástrica, que es la fistula espontánea más frecuente, y con curación inmediata, tal es así que no hubo necesidad de operarlo porque curó su quiste.

La otra situación curiosa que quiero señalar, es en una oportunidad que operé a una enferma que tenía una pancreatitis con un pseudoquiste y un neoplasma de papila. Utilicé el quiste pancreático que tenía comunicación canalicular para hacer la tercera derivación. El tumor era inextirpable, no recuerdo si era de papila o de cabeza de páncreas, y tenía una pancreatitis con un pseudoquiste por detrás. En general no hacemos nunca la derivación pancreaticoyeyunal en la cirugía paliativa del cáncer de cabeza de páncreas, pero en ese caso la hicimos porque estaba facilitado por la presencia del quiste. O sea que además de derivar la vía biliar y el estómago (tenía una obstrucción duodenal) mediante una colecistoyunostomía y una gastroenterostomía, aprovechamos el asa montada diverticular y anastomosamos en ella el quiste pancreático, derivando así la vía pancreática.

Dr. Delgado: Yo voy a contestar dos cosas nada más. Una al Dr. Raúl Praderi. Cuando nosotros decíamos que en los pseudoquistes que acompañan a la pancreatitis crónica el pronóstico alejado es relativamente malo, es porque la enfermedad causal es la que motiva habitualmente la resección y es la que juega el pronóstico.

Ese enfermo, De León, a que hacía referencia el Dr. Praderi, ayudé a operarlo cuando era practicante interno, el Dr. Praderi era Jefe de Clínica y el Dr. Ormaechea era Asistente. En ese enfermo la evolución ulterior, cuando yo digo mala no me refiero al pronóstico vital, me refiero a que vive, la otra pancreatectomía que está hecho en idénticas condiciones también vive, pero viven a expensas de una insu-

ficiencia exocrina importantísima, tanto que De León debe haber tenido unos catorce ingresos al Hospital de Clínicas. La historia de De León no cabe en ningún casillero. Quiere decir que el pronóstico alejado, malo no se refiere al vital, sino a lo funcional.

El otro enfermo que nosotros habíamos seguido en idénticas condiciones, es un enfermo en que también se hizo una duodenopancreatectomía cefálica. Sobrevive a expensas de una insuficiencia exocrina y endocrina, es un diabético y es un caquético.

En lo que tiene que ver con el drenaje externo, quería solamente señalar dos enfermos que son muy gráficos para recalcar lo que el Dr. Suiffet ha insistido y el Dr. Sierra también.

Los dos casos son: un enfermo con un pseudoquiste postnecrótico, enorme; lo operamos con el Dr. Ormaechea; hicimos una quistoyunostomía, en un pseudoquiste de paredes gruesas, bien constituido; el contenido del pseudoquiste tenía un alto poder enzimático. En el postoperatorio inmediato el enfermo marcha bien, a los pocos días comienza con hematemesis profusas y melenas, y enterorragias con sangre roja. Pensando que se había hecho una anastomosis con el yeyuno, a 60 cm. del ángulo duodenoyeyunal, una anastomosis desfuncionalizada en Y, pensamos que la hematemesis no podía ser debida a nada que estuviera vinculado con la anastomosis. Pensamos que era producida la hemorragia por una úlcera duodenal que el enfermo tenía. Como el enfermo no cesaba de sangrar, lo reoperó el Dr. Ormaechea y el enfermo tenía una ulceración en la pared posterior del pseudoquiste y en la arteria esplénica que sangraba adentro del pseudoquiste. Es decir que a pesar de su derivación interna el pseudoquiste había continuado su actividad trípica, había digerido la pared posterior y había ulcerado en la arteria esplénica. A ese enfermo se la hizo una ligadura por transfixión de la arteria esplénica y un drenaje externo, deshaciendo la quistoyunostomía, y se curó. Quiere decir que el drenaje externo aquí fue utilizado como procedimiento secundario ante el fracaso de una quistoyunostomía.

La otra situación es un enfermo muy interesante que hizo un quiste postnecrótico muy grande; se le hizo un drenaje externo porque las condiciones generales del enfermo eran muy malas, con varios litros de contenido adentro; se estableció una fistula pancreática permanente que no retrocedía con tratamiento médico, que maceraba la piel y digería la pared. Se le hizo una quistografía que mostraba que tenía una gran comunicación con el Wirsung, pero no se pudo demostrar que el Wirsung estuviese obstruido. Ese enfermo fue operado por el Dr. Parodi en la Fraternidad y se le hizo una ligadura del cuello del páncreas (sección con ligadura a nivel del cuello) y drenaje externo, lo cual cerró completamente la fistula. Quiere decir que la desconexión de la cavidad del pseudoquiste con el sistema canalicular fue lo que llevó a la curación del pseudoquiste.