

Litiasis pancreática

Dr. BOLIVAR DELGADO *

Siendo una afección poco frecuente, es excepcional en nuestro país y en el Río de la Plata.

En 1876, Capparelli [citado por Carozzi (1)] efectuó la primera intervención conocida en la literatura médica: al drenar un flemón paraumbilical se constituyó una fístula pancreática por la cual salieron un centenar de cálculos; siete años después la paciente fallecía por una diabetes grave.

En 1920, Navarro (22) publicó el primer caso de la literatura nacional. En los cincuenta años que han transcurrido desde entonces, la cirugía del páncreas ha avanzado en forma extraordinaria. A ello ha contribuido el propio adelanto de la cirugía, el mejor conocimiento de la patología pancreática y el uso de modernos métodos de exploración del órgano. Sin embargo, la poca frecuencia de esta afección en nuestro medio se ha traducido en una escasísima bibliografía nacional sobre el tema.

Nos limitaremos a considerar solamente tres aspectos: patogenia, indicaciones del tratamiento quirúrgico y procedimientos operatorios.

PATOGENIA

La existencia de calcificaciones a nivel del páncreas ha llevado a distinguir tres situaciones diferentes: a) cálculos ductales o litiasis pancreática; b) microcálculos acino-canaliculares o pancreatitis crónica calcificante; y c) calcificaciones del estroma o pancreatitis calcificada. Las calcificaciones del estroma se realizan siguiendo una ley de patología general en

el seno de procesos regresivos (necrosis, esclerosis), secuelas de fenómenos inflamatorios agudos del órgano. Se aprecian como zonas calcificadas dentro del estroma fibroso denso propio de las pancreatitis crónicas.

Desde los trabajos de Edmonson (8) existe una fuerte corriente de opinión que niega la existencia de tales calcificaciones intersticiales. Esos focos calcificados de apariencia intersticial corresponderían a calcificaciones de conglomerados mucoproteicos dentro de cavidades canaliculares alteradas por el mismo proceso de pancreatitis y que han perdido su revestimiento endotelial.

Estas cavidades pueden dilatarse y alojarse en su interior masas grandes calcificadas del tamaño de los cálculos ductales. Su posible desvinculación actual al resto del sistema canalicular explica que la extracción directa de esos cálculos de la propia glándula no origine una fístula pancreática, tal como el caso de Navarro (22).

De acuerdo a estos hechos, todas las calcificaciones pancreáticas son intracanaliculares y responden al término genérico de "litiasis".

Se podrían considerar entonces dos tipos diferentes:

a) *Litiasis pancreática propiamente dicha*. Es una litiasis ductal, a cálculos grandes, lo más a menudo múltiples. A predominio en el sector cefálico, pero puede ser exclusivamente caudal, a dos focos (caudal y cefálico) o difusa.

Se acompaña en forma habitual de una pancreatitis crónica difusa o sectorial y en general a predominio cefálico.

Es excepcional la litiasis ductal a cálculo único sin pancreatitis, tal como las 2 observaciones publicadas en nuestro medio por Cosco Montaldo (3).

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 16 de setiembre de 1970.
* Asistente de Clínica Quirúrgica. Francisco Vidal 785, Apto. 5, Montevideo.

b) *Pancreatitis crónica calcificante*. En la cual se revela la existencia de microcálculos acinocanaliculares, difusos o a predominio cefálico, en un ambiente de pancreatitis crónica.

Definidos estos dos tipos esquemáticos como entidades diferentes y a los cuales hay que aplicar procedimientos operatorios distintos, surge entonces un hecho que explica porqué esto no es tan esquemático como se ha dicho y que explica también el fracaso de conductas terapéuticas unilaterales. Es el de que con gran frecuencia se encuentra una situación en la que se asocian ambos aspectos en una sola entidad nosológica: pancreatitis crónica calcificante con litiasis ductal.

Esto ha dividido a los autores que se dedican a la cirugía pancreática en dos grupos: los dualistas las consideran como dos afecciones distintas. Para ellos el hecho primario es el cálculo ductal; éste provoca estasis, causa de la pancreatitis crónica "por detrás". El argumento princeps en favor de esto sería encontrar una litiasis ductal en etapa inicial, sin pancreatitis crónica. El propio Mallet-Guy (18), defensor de esta posición, no ha operado ninguna en esta etapa.

Para los unicistas (grupo mayoritario), consideran que se trata de una misma afección en diferente etapa evolutiva o con diferente forma anatomoclínica. Según esta concepción, la etapa evolucionada es la de litiasis ductal.

De esta discusión y de la bibliografía consultada (12, 24) surgen claramente dos situaciones totalmente diferentes: 1) la litiasis del Wirsung mono o paucicalculosa sin pancreatitis crónica o con moderadas alteraciones por "detrás" (situación de excepcionalidad); y 2) la pancreatitis crónica calcificante con calculosis ductal que es la situación más frecuente.

Esta discusión no es sólo académica. El tratamiento quirúrgico y sus resultados se fundan en ella.

De la etiología no hacemos más que señalar (16): 1) neta predominancia del sexo masculino; 2) relativa frecuencia en la edad joven; 3) extrema frecuencia de antecedentes alcohólicos; 4) diátesis constitucional y/o hereditaria; 5) bajo porcentaje de asociación con litiasis biliar; 6) raramente hiperparatiroidismo (21); 7) antecedentes de pancreatitis aguda.

INDICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO

Ante la presencia de calcificaciones pancreáticas no es imperativo el tratamiento quirúrgico. Las indicaciones operatorias surgen habitualmente de las complicaciones de la pancreatitis crónica más que de la propia litiasis.

Indicaciones formales (24): ictericia por retención; hemorragias digestivas; hiperesplenismo importante; pseudoquistes voluminosos. Indicación relativa: dolor no controlable con tratamiento médico. Para algunos autores (11) éste constituye la mayor indicación.

PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

Lo más importante de este capítulo es destacar el hecho fundamental de la coexistencia frecuente de calculosis ductal y pancreatitis crónica. El tratamiento quirúrgico debe dirigirse a resolver ambas. Los tratamientos unilaterales fracasan por persistencia y evolutividad del otro factor.

No hacemos más que mencionar las operaciones indirectas (por ejemplo, anastomosis biliodigestivas), analgésicas (esplancnectomía) o que tratan las complicaciones, para insistir en las intervenciones pancreáticas directas.

a) Extracción directa de los cálculos.

Se puede realizar por diferentes vías: transpapilar luego de duodenotomía y esfinterotomía; wirsungotomía; transglandular; resección pancreática caudal y extracción retrógrada.

Estas operaciones realizadas como único procedimiento tienen indicación excepcional y se podrían justificar ante la presencia de litiasis mono o paucicalculosas sin pancreatitis crónica.

La exploración instrumental y la wirsungografía operatoria deberán demostrar además la vacuidad del sistema ductal y su total permeabilidad. Realizada fuera de estas indicaciones restringidas fracasan por: persistencia o recidiva litiásica; sufrimientos dolorosos vinculados a la pancreatitis crónica; fistulas pancreáticas (por obstáculos canaliculares).

b) Extracción de cálculos con derivación pancreática asociada.

Son los procedimientos más aceptados en el momento actual (14, 24). Se consideran como el mejor método de drenaje del Wirsung. A través de la wirsungotomía se extraen los cálculos. Las anastomosis se hacen siempre con asas desfuncionalizadas.

Son procedimientos dirigidos no sólo al tratamiento de la litiasis, sino también de la pancreatitis crónica.

Se pueden realizar:

1) Terminoterminal con resección caudal [Du Val (7)]. La resección caudal se hace solamente a los efectos de la anastomosis pancreaticoyeyunal. Puede resultar difícil desobstruir todo el Wirsung desde la cola. Es además a nivel de ella que asientan la mayoría de los islotes de Langerhans.

2) Laterolateral sin resección pancreática tipo Cattell (2). Puede tener muchas variantes en el montaje del asa y el tipo de wirsungotomía. La mayor amplitud de ésta facilita la extracción de los cálculos y asegura una buena boca anastomótica. Hemos presentado (4) en esta Sociedad un caso tratado con esta técnica.

3) Combinación de ambos procedimientos [Pustow (23)]: pancreatectomía caudal con amplia wirsungotomía longitudinal y anastomosis terminoterminal por intususcepción pancreaticoyeyunal.

El resultado inmediato de estas operaciones es en general espectacular: desaparición de los dolores, recuperación del peso, etc. (14).

Con el tiempo pueden reaparecer los trastornos. Su causa puede deberse a cuatro factores fundamentalmente (14): la litiasis misma; evolutividad de la esclerosis pancreática; incidencia de diabetes; permeabilidad de la anastomosis.

c) Resecciones pancreáticas.

Se justifican ante la frecuencia de lesiones importantes de esclerosis del órgano que lo hacen desaparecer desde el punto de vista funcional.

1) *Pancreatectomía izquierda con pancreatolitotomía*. Ha dado muy buenos re-

sultados en las manos de Mallet-Guy (17, 18, 19). Mercadier (20) da cifras semejantes. A pesar de la resección caudal, Mallet-Guy (19) describe mejorías de las diabetes preexistentes.

Estaría indicada en las pancreatitis a predominio izquierdo, que salvo en la opinión de Mallet-Guy, serían muy raras (24).

A pesar de la exploración operatoria (instrumental, wirsungográfica y manométrica) es difícil asegurar la permeabilidad cefálica del Wirsung, lo cual hace riesgoso no completar la exéresis con una anastomosis tipo Du Val.

2) *Duodenopancreatectomía*. Propuesta por Cattell y Warren (2) y fundada en el predominio habitual de las lesiones en la porción cefálica. Mercadier (20) y Guillemin (10), han publicado recientemente buenos resultados con esa técnica.

Sus indicaciones estarían limitadas, según Sarles (24), a: lesiones a predominio cefálico, sin dilataciones canaliculares importantes y con formaciones pseudoquisticas no comunicantes.

Debe asegurarse la vacuidad del sistema canicular del segmento glandular restante, para no dejar cálculos que puedan obstruir la anastomosis. Esta puede además estenosarse, hecho relativamente frecuente.

Publicamos (5) una observación de este tipo con buenos resultados inmediatos; evolucionó hacia una insuficiencia endocrina y exocrina grave aunque no volvió a tener cuadros dolorosos. Creemos que jugó un rol fundamental en esta evolución el hecho de que el paciente siguió ingiriendo alcohol. Es una operación sumamente difícil en estas circunstancias patológicas y de importante riesgo quirúrgico.

3) *Pancreatectomía total* [Waugh (25)]. Prácticamente abandonada (14, 24). A pesar de ser en las etapas avanzadas de la enfermedad la operación que teóricamente satisface más, la gravedad de la operación en sí misma y sus secuelas metabólicas le han hecho perder partidarios.

4) *Pancreatectomía casi total* [Mercadier (20) y Child (9)]. Es de menor gravedad que la anterior, con la cual comparte

las indicaciones. Los autores citados han señalado buenos resultados.

Excepcionalmente se indican como operación primaria si no en general ante el fracaso de operaciones anteriores, sobre todo de derivación.

Para terminar resumiremos las indicaciones operatorias:

a) *Litiasis pancreática uni o paucicalculosa sin pancreatitis crónica.* Extracción de cálculos por papiloesfinterotomía (litiasis yuxtavateriana) o por wirsungotomía (ideal o con anastomosis wirsungoyeyunal).

b) *Litiasis pancreática múltiple con pancreatitis crónica o pancreatitis crónica calcificante con calculosis ductal.* 1) *A predominio izquierdo:* Pancreatectomía izquierda con extracción de cálculos a lo Mallet-Guy o a lo Du Val. 2) *A predominio derecho:* Derivación wirsungoyeyunal con extracción de cálculos tipo Cattell o Puestow o duodenopancreatectomía cefálica. 3) *Difusas:* Derivación wirsungoyeyunal semejante a la situación anterior o pancreatectomía subtotal.

RESUMEN

Se plantea el problema de la litiasis pancreática y su vinculación con la pancreatitis crónica calcificante.

Se discute su patogenia. Se establecen las indicaciones del tratamiento quirúrgico y los procedimientos operatorios a utilizar en las diferentes formas anatómicas.

RÉSUMÉ

Exposé du problème de la lithiase pancréatique et son rapport avec la pancréatite chronique calcifiante.

Examen de sa pathogénie. Etablissement des indications chirurgicales et des procédés opératoires à utiliser dans les différentes formes anato-mo-cliniques.

SUMMARY

The problem of pancreatic lithiasis and its connection with chronic calcifying pancreatitis is discussed and its pathogenesis considered.

Indications of surgical treatment and operatory procedures to be employed in the different anatomoclinical forms are described by the author.

BIBLIOGRAFIA

- CAROZZI, A. *La chirurgia del pancreas.* Cappelli, Bologna, 1919.
- CATTELL, R. B. and WARREN, K. W. *Surgery of the pancreas.* Saunders, London, 1953.
- COSCO MONTALDO, H. Litiasis pancreática única. *An. Fac. Med. Montevideo*, 42: 63, 1957.
- DELGADO, B. Pancreatitis crónica calcificante de origen alcohólico. Doble derivación: colecisto y wirsungoyeyunostomía. *Rev. Cir. Uruguay*, 39: 94, 1969.
- DELGADO, B. Pancreatitis crónica calcificante. Duodenopancreatectomía cefálica. *Rev. Cir. Uruguay*, 38: 179, 1968.
- DOUBILET, H. and MULHOLLAND, J. H. Surgical treatment of calcifications of the pancreas. *Ann. Surg.*, 132: 786, 1950.
- DU VAL, M. Caudal pancreatico-jejuno-stomy for chronic relapsing pancreatitis. *Ann. Surg.*, 140: 775, 1954.
- EDMONSON, H. A., BULLOCK, W. K. and MEHL, J. W. Chronic pancreatitis and lithiasis. Pathology and pathogenesis of pancreatic lithiasis. *Am. J. Pathol.*, 26: 37, 1950.
- FRY, W. J. and CHILD, Ch. G. Ninety-five per cent distal pancreatectomy for chronic pancreatitis. *Ann. Surg.*, 162: 543, 1965.
- GUILLEMIN, G. Résultats de la duodéno-pancréatectomie cephalique dans le traitement de la lithiase pancréatique. 21^o Congr. Soc. Intern. Chir., Bruxelles, 1965, pag. 454.
- HARDOUIN, J. P. Problèmes thérapeutiques des pancréatites chroniques. Traitement médical. Discussion des indications opératoires. *Rev. Pract.*, 16: 3339, 1966.
- HEPP, J. Pancréatites chroniques. Problèmes nosologiques et étiologiques. *Rev. Pract.*, 16: 3319, 1966.
- HOLLENDER, L. Des indications opératoires dans la lithiase pancréatique et la pancréatite calcifiante. *Actual. Hepato-Gastroenter. Hôtel-Dieu. Pancreas.* Masson, Paris, 1964, pag. 189.
- HOUDARD, Cl., MICHON, H. et GUIRAUDON, G. Traitement chirurgical de la lithiase du canal de Wirsung et des pancréatites calcifiantes. *Actual. Hepato-Gastroenter. Hôtel-Dieu. Pancreas.* Masson, Paris, 1964, pag. 176.

15. LEGER, L. et BINET, M. La place de la pancréatico-jejunostomie dans le traitement de la pancréatite chronique. *Mém. Acad. Chir.*, 81: 770, 1955.
16. LEVRAT, M., BRET, P., RICHARD, M., GRAND-MOHET, P. et BARJHOUX, P. Evolution anatomique et clinique de la lithiase pancréatique. *Actual. Hepato-Gastroenter. Hôtel-Dieu. Pancreas*. Masson, Paris, 1964, pag. 157.
17. MALLET-GUY, P., MARION, P. et JENJEAN, R. Indications et résultats de la pancreatectomie gauche dans la lithiase du canal de Wirsung. *Lyon Chir.*, 41: 661, 1946.
18. MALLET-GUY, P., MICHOUILLER, J., BOSSER, C. et FEROLDI, J. *Pancréatites chroniques et récidivantes*. Masson, Paris, 1962.
19. MALLET-GUY, P. Indications générales et résultats du traitement des pancréatites chroniques. *21^e Congr. Soc. Intern. Chir.*, Bruxelles, 1965, pag. 198.
20. MERCADIER, M., CLOT, J. P. et CAMPLEZ, Ph. Les excréseces dans les pancréatites chroniques. *Ann. Chir.*, 21: 633, 1967.
21. MIXTER, Ch. G., COPE, O., NARDI, G. y CULVER, P. J. La pancreatitis como elemento diagnóstico en el hiperparatiroidismo. *An. Cir.*, 1: 789, 1957.
22. NAVARRO, A. Litiasis pancreática. *An. Fac. Med. Montevideo*, 5: 627, 1920.
23. PUESTOW, C. B. Chronic pancreatitis. Technique and results of longitudinal pancreatico-jejunostomy. *21^o Congr. Soc. Intern. Chir.*, Bruxelles, 1965, pag. 187.
24. SARLES, H. et MERCADIER, M. *Les pancréatites chroniques de l'adulte*. L'Expansion, Paris, 1960.
25. WAUGH, J. M. Chronic relapsing pancreatitis. Surgical manegement. *Proc. Mayo Clinic*, 22: 558, 1947.