

casos que en realidad existan y por eso deberemos agotar todos los recursos clínicos, operatorios o necrópsicos para tratar de poner en evidencia el número mayor posible de casos existentes de esta interesante complicación de la hidatidosis hepática.

---

*Correlación bilio-pancreática*

por el doctor A. PIERINI (de Buenos Aires)

(Informe del doctor C. Nario)

Tengo el agrado de remitir el informe que la Sociedad me ha encomendado, referente a un trabajo del Dr. A. Pierini, de Buenos Aires.

Se trata de un trabajo importante, que revela en el autor un conocimiento de fondo de los problemas siempre interesantes que suscita la patología de las pancreatitis agudas y en especial de las formas hemorrágicas. El autor se detiene con más insistencia sobre los siguientes asuntos:

- 1º Correlación biliopancreática.
- 2º Diagnóstico y evolución.
- 3º Tratamiento operatorio y post-operatorio.

Termina con la relación comentada de cinco casos operados.

Iremos reseñando brevemente las ideas que se consignan:

1º Respecto de la correlación biliopancreática el Dr. Pierini hace un resumen de los más importantes trabajos publicados hasta la fecha y expone con claridad las más importantes nociones sobre la intervención mutua de los factores más admitidos.

La doctrina canalicular es considerada con mayor simpatía; basada como está en constataciones clínicas, experimentales y necrópsicas, que le han dado gran valor y que, probablemente, permite interpretar un mayor número de casos. No insistimos sobre este punto, porque como el propio Dr. Pierini lo establece, se limita a relatar con citas bibliográficas del mayor interés las nociones conocidas al respecto.

La doctrina vascular, dice el autor, que estuvo en boga, está hoy algo abandonada, porque explicando la hemorragia no da cuenta de la esteatonecrosis. A mi juicio tal vez fuera preferible colocar el pro-

blema de la lesión vascular primitiva en un plano más modesto que la doctrina canalicular, pero no despreciable, porque si bien es cierto que en la gran mayoría de los casos la correlación biliopancreática es perfecta, admisible, no es menos cierto que en otros casos los exámenes histopatológicos comprueban tal magnitud de lesiones vasculares, acompañadas de lesión biliar mínima, que consideramos aventurado comprender a todas las pancreatitis hemorrágicas en una misma patogenia. El caso N° 5 del trabajo de Pierini, da lugar a las mayores dudas; si se tiene en cuenta la topografía caudal con indemnidad relativa de la cabeza, la coexistencia de trombosis esplénica extra e intraglandular y otros hechos, que hacen de dicho caso uno de los más interesantes del trabajo y en el cual la predominancia de las lesiones vasculares es tal, que nos obliga a dejar para la lesión vascular primitiva un sitio de reserva mental.

En cuanto a la relación de la esteatonecrosis, considerada como un elemento desvinculado de la lesión vascular, me parece un poco aventurado considerar que si la lesión vascular explica la hemorragia, en cambio no da cuenta de la esteatonecrosis. Conviene no perder de vista que si un infarto vascular determina hemorragia, determina también necrosis glandular, y que la reactivación de los jugos pancreáticos y la autólisis pueden ser determinadas por esa necrosis con digestión de las sustancias grasas. Yo he presentado a esta Sociedad un caso de contusión aislada de la cola del páncreas, con pequeña necrosis glandular traumática y una esteatonecrosis peripancreática de la mayor evidencia, lo cual prueba que una simple lesión pancreática sin otras constataciones de reflujo canalicular puede perfectamente dar cuenta de la necrosis grasosa.

La doctrina linfática el autor le da el lugar que, a mi juicio, le corresponde dentro de la patogenia compleja de las pancreatitis. La invasión linfática permite comprender mejor las formas pasajeras susceptibles de retrocesión espontánea los pequeños edemas pancreáticos de sintomatología frusta o larvada. Son formas que si bien no afectan la importancia de las hemorrágicas, parecen quedar vinculadas a estas últimas como elementos preparadores del drama pancreático, ocasionando anulaciones sucesivas de la glándula antes del déficit final necrohemorrágico.

Interesantes por muchos conceptos dentro de esta correlación, son los casos de peritonitis biliar sin perforación y con colecistitis filtranteres que permiten comprender algunos cuadros complejos con gran intervención peritoneal, y que verosímilmente parecen estar en rela-

ción con reflujo pancreático hacia el árbol biliar y necrosis microscópica vesicular.

El autor nos relata un caso (Nº 2) de la mayor sugestión, en el cual se constató esta peritonitis biliar.

2º En cuanto al diagnóstico y formas sintomáticas el autor se refiere a sus observaciones. En todas ellas el cuadro clínico fué bastante semejante, salvo algún matiz diferencial, y en todas ellas se hizo el diagnóstico antes de la intervención, lo cual es de felicitar pues el diagnóstico precoz de puerta es el factor primordial para plantear decisiones inmediatas que comportan estos accidentes de suma gravedad.

El estudio de las unidades pancreáticas tal vez permita ser más afirmativos en los casos evidentes y menos dubitativos en los casos límites, y tal es nuestra impresión, de acuerdo con historias clínicas recientes de nuestro Servicio provisorio, pero como el autor no se pronuncia sobre esto punto preferimos no considerarlo.

3º En cuanto al tratamiento en el trabajo se consideran sucesivamente: la oportunidad operatoria, la operación y el post-operatorio.

Refiriéndose a la oportunidad operatoria, se manifiestan opiniones autorizadas que, basadas en estadísticas, consideran que en algunos casos habría ventajas en diferir la intervención esperando la limitación de la necrosis y la estabilización del hematoma. Yo no quiero reproducir los argumentos que se han emitido en favor de este criterio oportunista, y considero que en ciertas ocasiones la evolución de casos no diagnosticados en sus momentos iniciales puede dar razón de esta espera como un caso personal que fué visto por mí después de pasada una crisis gravísima y que la intervención mostró ser de filiación pancreática. Pero es indudable que si la intervención precoz e inmediata no impide la muerte en casos fatales, en cuanto deja una impresión consoladora en otros, y que mientras no se puedan seriar los casos por anticipado con criterio fuertemente asentado sobre su posible evolución ulterior, es preferible adoptar el criterio intervencionista. Salvo los enfermos con gran depresión y shock, en quienes unas horas de espera están evidentemente impuestas por la agresión brutalmente tóxica y masiva, tratándolos activamente con el fin de llevarlos a la operación en condiciones más propicias, consideramos preferible intervenir e intervenir lo más rápidamente posible.

Tal ha sido la conducta del colega argentino, en los cinco casos y nos han parecido de verdadero acierto sus rápidas decisiones.

La conducta del operatorio cuenta con tres grupos de cirujanos dice el Dr. Pierini, los que intervienen únicamente sobre el páncreas;

ios que lo hacen sobre la vía biliar sin hacer nada pancreático, y los que, en el mismo acto, hacen una intervención pancreática y la complementan con un drenaje biliar.

Exceptuando los de la segunda categoría, que se refieren a casos de lesión pancreática de tipo benigno (edema), quedan de pie los otros dos grupos.

El autor ha realizado en los cinco casos una doble intervención: pancreática, con abertura de la celda glandular y drenaje; y biliar de drenaje utilizando la colicistostomía. Nos parece que ésta es la conducta más lógica, menos grave y más compatible con el estado siempre serio del enfermo y estamos tan de acuerdo, que es precisamente la que hemos seguido en los casos que hemos intervenido.

El abordaje de la logia pancreática que el autor realiza en sus primeros casos a través del epiplón gastrohepático no cuenta con mis simpatías. Es preferible el abordaje por el ligamento gastrocólico, como el mismo autor lo reconoce en sus conclusiones y como lo verificó en su último caso.

El tratamiento post-operatorio está ampliamente realizado y documentado en los enfermos que motivan el trabajo que analizo. La conclusión N° 11 dice lo siguiente: "Que la colaboración del cirujano y del clínico es indispensable, pues bajo control glucémico repetido la insulino terapia sería factor de éxito".

La lectura de los post-operatorios de los cinco casos es muy instructiva y muestra bien claramente que si la intervención precoz es importantísima, no lo es menos el estudio sistemático de las perversiones humorales existentes en estos enfermos y que requieren tratamiento adecuado. Insisto en esa colaboración y divulgarla es hacer obra en favor de la mejoría de las estadísticas de futuro.

Propongo, señor Presidente, que se publiquen las cinco observaciones del Dr. Pierini en nuestros boletines, agradeciéndole su interesante envío y felicitándolo por su ponderado trabajo.