

# Pancreatitis aguda postoperatoria después de hemicolectomía derecha

Dres. José P. Perrier, Nisso Gateño y Bolívar Delgado

**Se relata y comenta una observación de pancreatitis aguda mortal en el postoperatorio de una hemicolectomía derecha por cáncer de colon ascendente.**

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:* Pancreatitis.

## INTRODUCCION

La pancreatitis aguda postoperatoria (P.A.P.) es una entidad que aunque rara está gravada de una alta mortalidad y puede aparecer como complicación no sólo de aquellas cirugías en las que por el traumatismo directo del páncreas pueda esperarse, sino también en intervenciones en regiones alejadas abdominales o no. Esto hace muy discutible y discutida su etiopatogenia. Por otra parte la falta de reintervenciones o documentos necrópsicos y lo poco evocador del cuadro clínico hace que pase

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 8 de octubre de 1980.

Asistente, Profesor Adjunto y Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica. Fac. de Medicina. Montevideo.

Dirección: Canelones 1370, Apto. 001, Montevideo (Dr. J. P. Perrier).

*Clínica Quirúrgica "A" (Prof. A. Aguiar). Hospital de Clínicas "Dr. M. Quintela". Facultad de Medicina. Montevideo.*

desapercibida, siendo incriminadas otras patologías como causa de muerte.

A raíz de un caso vivido, presentamos la siguiente comunicación y las consideraciones que nos merece.

## CASUISTICA

I. A., sexo femenino, 76 años. Nº Reg. Q. 1: 36.909.

Multioperada, que ingresa al Hospital Pasteur por cuadro oclusivo de 4 días de evolución, que retrocede con tratamiento médico. Relata una historia desde hace un año de cuadros suboclusivos, seguidos de diarreas con repercusión general y 10 kilos de adelgazamiento.

Al examen se destaca: adelgazamiento, anemia clínica, foco de estertores subcrepitantes de base posterior de hemitórax izquierdo y eventración de mediana infraumbilical. No se palpa el hígado ni tumoraciones abdominales.

Estudiada se comprueba en el colon por enema una imagen vegetante en el colon derecho con los caracteres de un cáncer.

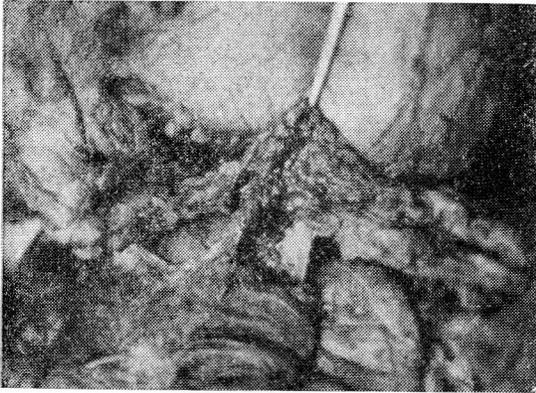


FIG. 1.— Foto de autopsia. Se ha levantado el estómago y reclinado hacia arriba. Se alcanza a evidenciar su dilatación. El páncreas se ha seccionado longitudinalmente viéndose que la hemorragia es prácticamente total.

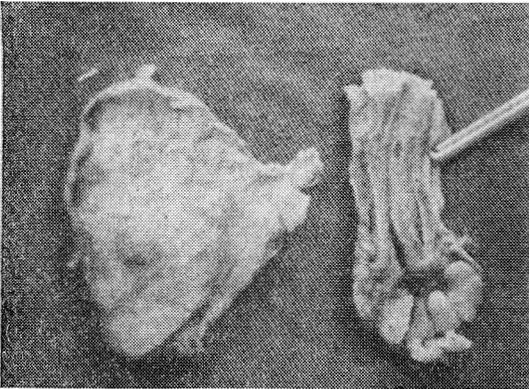


FIG. 2.— Ambas suprarrenales están sustituidas por tejido tumoral metastásico, una totalmente y la otra parcialmente, señalándose el tejido normal remanente.

Se explora por laparotomía mediana el 13/4/78.

Se confirma el diagnóstico de cáncer de colon derecho próximo al ángulo, móvil, con adenopatías en el meso y la raíz de la mesentérica superior de caracteres neoplásicos.

Hígado y peritoneo s/p.

Dado lo avanzado de la enfermedad neoplásica, fuera de las posibilidades curativas del punto de vista oncológico, se realiza hemicolectomía derecha con resección económica de los mesos, sin buscar el tronco de Henle ni movilizar el duodeno. Ileo transversotomía término-lateral en dos planos y como gesto adicional se repara la eventración.

Postoperatorio inmediato: a las 7 horas cuadro brusco de excitación, frialdad periférica, sudoración y disnea. Piel y mucosas bien coloreadas, cianosis generalizada que mejora parcialmente con oxígeno. Hiperventilación global con disminución del murmullo alveolar vesicular. Estertores secos difusos.

Taquicardia con pulso fino de 110 p. m.; hipotensión de 100/60 (PA habitual 160/100). Ruidos cardíacos apagados y PVC de 12 cm. de agua.

Abdomen depresible e indoloro.

Progresivamente se agrava, entra en coma y fallece a las 10 horas de operada.

Fue vista por varios médicos, quienes plantearon como diagnóstico del cuadro o un Tromboembolismo de pulmón o un Infarto de miocardio, con coma anóxico secundario, instaurándose el tratamiento sintomático que fue inefectivo.

Señalamos de la autopsia (Dra. M. L. Iraola): en el abdomen, moderada cantidad de exudado citrino sanguinolento en la cavidad peritoneal; distensión gástrica de varios litros.

Anastomosis íleo cólica s/p.

Páncreas engrosado, congestivo y hemorrágico, sanguinolento al corte, con zonas de necrosis (fig. 1).

La necrosis y la hemorragia se extienden al tejido peripancreático.

Hígado s/p. Colectectomizada sin litiasis de la V.B.P.

Adenopatías metastásicas de la raíz de la mesentérica.

Suprarrenales con metástasis bilaterales. Una de ellas casi totalmente sustituida por tejido tumoral (fig. 2).

En el tórax, adherencias pleurales basales izquierdas con proceso parenquimatoso fibroso adyacente; sin metástasis pulmonares.

Arterias pulmonares s/p. No hay evidencia de tromboembolismo pulmonar.

Corazón s/p.

### Diagnóstico

- 1) Pancreatitis aguda necrótico-hemorrágica.
- 2) Metástasis ganglionares y en ambas suprarrenales.
- 3) No hay signos de tromboembolismo pulmonar o infarto de miocardio.
- 4) Proceso pleuro pulmonar secuelar, basal o izquierdo.

### COMENTARIO

Esta historia nos merece algunas consideraciones que creemos conveniente señalar:

1) La importancia de la autopsia en la certificación de la causa de muerte. Como en este caso sirve para corregir el error clínico. No se confirmó ni el tromboembolismo pulmonar ni el infarto de miocardio planteados por todos quienes vieron la evolución de la enferma. Por otra parte ambos son de los diagnósticos que con más frecuencia erróneamente se hacen en las P.A.P. (10).

2) La comprobación de metástasis en las suprarrenales, sin otras localizaciones secundarias, que escapan a los estudios habituales de extensión lesional.

3) El desarrollo de una P.A.P. sin haber mediado agresión directa del páncreas. Esta entidad no siempre recordada es de baja frecuencia, 0,03 a 0,08 % en cirugía no seleccionada (11, 13).

Tiene un cuadro clínico engañoso de diagnóstico difícil salvo que se recurra al laboratorio (2, 5, 7, 11) o a la confirmación quirúrgica o autóptica (6), 0,074 % de 4.005 autopsias de Rambaldi y cols. (11).

De alta mortalidad que oscila entre el 40 y 44 % (1, 11, 13) y de explicación etiopatogénica difícil, más si se descarta el traumatismo directo o indirecto del páncreas.

Tiene mayor incidencia en la cirugía del piso supramesocólico, con una frecuencia menor al 1 %, 0,7 % (11) y 0,8 % (13).

También se ha visto luego de herniorrafia umbilical, cirugía aórtica y aorto-iliaca, cecostomías, hemicolectomías, colostomías iliacas, cesáreas, histerectomías, cánceres de vejiga y de próstata. Luego de resecciones endoscópicas de próstata, de operaciones de neurocirugía, oftalmología, traumatología, tiroidectomía y paratiroidectomías (3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13).

Se estima su frecuencia en cirugía lejos del páncreas en 0,007 a 0,011 % (11, 13).

4) Lo precoz y agudo de esta P.A.P. que llevó a la muerte de la enferma en 10 horas; cuando en general las mismas se ven luego de las primeras 24 horas de postoperatorio.

5) Queda planteada como duda etiopatogénica si la gran dilatación gástrica fue causa o consecuencia de esta P.A.P.

## RESUME

### **Pancreatite aigue postoperatoire Après une hémicolectomie droite**

Présentation d'un cas de Pancréatite mortelle lors du postopérateur d'une hémicolectomie droite due à un cancer du côlon ascendant.

## SUMMARY

### **Acute Postoperative Pancreatitis Following Right Hemicolectomy**

Report on one case of acute mortal Pancreatitis in postoperative of right hemicolectomy performed on a patient suffering from cancer of ascending colon.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CAPON y cols. (citado por Van Geerstruyden J., Clercx L., Kiekens). Pathogenie de la pancreatite aigüe post-opératoire. Importance des traumatismes pancreatiques. *Lyon Chir*, 65: 754, 1969.
2. DELGADO B Y ZERBINO U. Pancreatitis postoperatoria en la cirugía biliar. *Rev Cir Urug*, 35: 154, 1965.
3. DUNPHY JE, BROOKS JR, ACHROYD. Acute postoperative pancreatitis. *New Eng J Med*, 248: 445, 1953.
4. FIESCHI A, CHELLI R, DODERO M, CELLE G. Citado en (11).
5. FRIEDEN JH. Postoperative acute pancreatitis. *Surg Gynecol Obstet*, 102: 139, 1956.
6. KERN E. Pancreatitis complicating upper abdominal operations. *Surg Gynecol Obstet*, 103: 487, 1956.
7. KERN E. Secondary pancreatitis after upper abdominal operations. *J.A.M.A.*, 160: 910, 1956.
8. MORRIS WR. Pancreatic fat necrosis following subtotal Thyroidectomy. *J.A.M.A.*, 100: 1594, 1933.
9. PETERSON LM, COLLINS JJ, WILSON RE. Acute pancreatitis occurring after operation. *Surg Gynecol Obstet*, 127: 23, 1968.
10. PONKA JL, LANDRUM SE, CHAIKOFF L. Acute pancreatitis in the postoperative patient. *Arch Surg*, 83: 475, 1961.
11. RAMBALDI W, RUSO R, ROTIROTI D, LERCIELLOC, IAQUINTO G, AGOZZINO L, CARRATO F. Pancreatitis postopératoire, osservazioni cliniche e prospettive patogenetiche. *Rec Progr Med*, 60: 441, 1976.
12. RENNER W. Postoperative acute pancreatitis and lower nephron syndrome. *J.A.M.A.*, 147: 1954, 1951.
13. WHITE TT, MORGANA, HEPTON D. Postoperative pancreatitis. A study of seventy cases. *Am J Surg*, 120: 132, 1970.