

PANCREATITIS AGUDA

COMENTARIOS SOBRE UNA HISTORIA

Prof. Clivio - V. NARIO

Andrés B., uruguayo, 33 años. Ingresó por dolores en el epigastrio e hipocondrio derecho el 24 de abril de 1935.

Enfermedad actual. — Los primeros trastornos aparecieron hace un año consistiendo en fenómenos dispépticos sin ritmo.

En agosto 1934 tuvo un episodio doloroso de epigastrio e hipocondrio izquierdo con dolor a retorcijones muy intenso, fiebre sin chuchos, seguido luego de ictericia de cinco días de duración.

Episodios análogos se repitieron 4 ó 5 veces, el último hace 22 días. En los intervalos presentaba estreñimiento entrecortado por diarreas post-prandiales. Ha rebajado en un año 25 kilogramos de peso.

A partir del último episodio, la dispepsia se acentuó, hasta que el miércoles 23 por la noche tuvo un dolor intenso en el epigastrio irradiado hacia la izquierda con vómitos biliosos.

Persiste el dolor a las 24 horas y se decide entonces a ingresar.

Examen en la puerta. — Buen estado general. Enfermo obeso. Temperatura rectal 37 $\frac{1}{2}$. Axilar 36 $\frac{1}{2}$. Pulso 100. Abdomen balonado y doloroso en hipocondrio y epigastrio.

En la tarde persisten los dolores y los vómitos aumentan siendo biliosos y de color subido.

Al día siguiente. — Mal estado general. Facies fatigado. Tinte sub-ictérico en las conjuntivas. Temperatura axilar 37 $\frac{1}{2}$. Rectal 38,4. Pulso 130 muy hipotenso. Ritmo embriocárdico.

Abdomen: Movilidad respiratoria muy disminuída. Balonamiento discreto. Sensación de tensión elástica (vientre de caucho). Dolor en epigastrio y ambas fosas ilíacas. Sobre todo en la fosa ilíaca izquierda donde se constata el máximo de dolor. Dolor en ambas fosas lumbares. Douglas libre pero doloroso.

Diagnóstico: *Necrosis pancreática aguda.*

En abril 24, fecha de su ingreso se hacen los exámenes que terminan con el resultado siguiente:

Azucemia, 0 g. 53; Glicemia, 1 g. 30; Leucocitosis, 26.200 por mm³. Orina:

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la reunión del 20 de mayo de 1936.

Albúmina, 12 gr. ‰. Contiene pigmentos y ácidos biliares. Cantidad grande de cilindros granulosos y hialinos. Unidades pancreáticas: (orina) más de 800 (normal 25 a 50).

Operación: Analgesia local, luego CO², éter.

Laparotomía yuxtamediana supraumbilical, líquido hemorrágico en el peritoneo. Epiplón con manchas de esteatonecrosis y sufusiones hemorrágicas lo mismo que en el mesocolon.

Infarto hemorrágico del páncreas con lesiones globales. Vesícula pequeña atrófica con cálculos, profundamente situada en fosa lumbar. Imposible de abrirla. Abertura del foco pancreático a través del ligamento gástrico cólico, 2 mechas y 1 tubo. Cierre de pared en un solo plano.

La evolución fué favorable. Actualmente curación que se mantiene. Hemos visto al enfermo con un buen estado general.

Hemos considerado de interés el relato de este caso, pues nos conduce a establecer algunas afirmaciones que conviene destacar. Como el capítulo de las pancreatitis, o mejor dicho de las necrosis pancreáticas, ha entrado en una era de franca revisión, todo documento clínico honradamente estudiado tiene probabilidades de servir de base para esa revisión.

El mérito de este caso reside precisamente en el hecho de haber sido seguido con verdadera insistencia en mi servicio por los Dres. Mateo, Trianon y Grasso.

1) NECROSIS PANCREÁTICA y UNIDADES PANCREÁTICAS.

Desde el punto de vista del diagnóstico deseo recalcar la importancia que tiene y va adquiriendo la investigación de las unidades pancreáticas en la orina, siempre que el caso se preste para dicha búsqueda.

Investigación fácil de realizar, no demasiado sensible y eficaz en las formas agudas y sub-agudas; es nuestra convicción que el laboratorio puede resolver ciertas dudas frente a un cuadro agudo de vientre, cuando viene rubricado por elementos biológicos de digestión pancreática y de dislocación del acino glandular. En todos los casos en que hemos interrogado esta prueba, las contestaciones fueron de gran concordancia con los hallazgos operatorios; y en algún caso límite, ellas permitieron tomar resoluciones inmediatas que tal vez se hubieran diferido sin ventajas para el enfermo.

Para las formas crónicas nuestra impresión es menos optimista, habiendo encontrado casos de induración pancreática grande sin alteraciones paralelas.

Tal vez en estos casos la induración cefálica no era el resultado de un proceso endo - glandular sino de una linfangitis periacinosa; como lo hacían suponer las adenopatías satélites, pero no podríamos afirmarlo como para pronunciarnos sobre el valor negativo o positivo de la prueba.

Pero no deseamos entrar por el momento en esta faz del problema. Otro hecho de interés es que la investigación sucesiva de esta prueba en el post - operatorio puede tener valor. Como no creemos que se sigan los enfermos con este criterio convendría anotar los hechos anteriores. La necrosis pancreática es una enfermedad recidivante por excelencia a breve plazo, máxime cuando no se ha podido realizar el acto operatorio completo, como sucedió en nuestro caso.

Los atrasos momentáneos del enfermo en el post - operatorio son despistados de inmediato, siendo relacionados a su verdadera etiología y la recolocación del drenaje, la insulino - terapia y el tubaje duodenal, tienen entonces su mejor indicación.

2) ALBUMINURIA Y NECROSIS PANCREÁTICA. — Nuestro enfermo desde el primer momento planteó un problema de interés.

Tenía una lesión pancreática indudable y grave. Lo hacía presumir el estado clínico del enfermo y las 800 unidades pancreáticas.

Tenía al mismo tiempo *12 gramos de albúmina y cilindru-
ria abundante*. El tubo contorneado estaba comprometido. ¿Se trataba de una nefrosis sintomática o de una nefrosis constituída y agravada? La contestación a este problema clínico era fundamental. En el primer caso intervención inmediata; en el segundo, el aplazamiento operatorio tal vez fuera preferible esperando que los fenómenos de secuestación glandular permitieran una intervención en condiciones menos serias.

Nosotros consideramos preferible intervenir, considerando que en cualquiera de las dos condiciones el paso de los fermentos pancreáticos tal vez no fuera inocuo para el tubo contorneado.

Los hechos probaron que estábamos en lo cierto. En efecto

al décimo día de la intervención la orina no tenía sino indicios de albúmina y los cilindros habían desaparecido, casi completamente.

A los 40 días de la intervención el enfermo presentaba un estado urinario y sanguíneo perfecto, y la prueba de Volhard hecha en todo rigor, mostró que el riñón concentraba y eliminaba en forma perfecta.

Estamos pues en condiciones de afirmar que una albuminuria con cilindruria aún elevada no contraindican, ni deben detener el acto quirúrgico, pues pueden ser, como en el caso actual, el resultado de una nefrosis sintomática.

¿Es frecuente esta nefrosis asociada? ¿Está en relación como algunos piensan para la nefrosis lipóidica, con una alteración primitiva o secundaria del plasma sanguíneo?

No podemos contestar a estas preguntas. En la literatura que hemos consultado no hemos hallado planteado este problema. Dejamos sentado el hecho inusitado que caracterizó a este enfermo con su doble consecuencia práctica y teórica. Práctica frente a la conducta a seguir, y teórica referente a ensanchar el marco de la intoxicación pancreática que saliendo del dominio de la necrosis glandular, muestra de qué manera la eliminación de fermentos pancreáticos por el riñón puede ser altamente nociva. Tal vez las fórmulas de expectación dependientes más del edema que de la necrosis, no sean fórmulas a tener demasiado en cuenta por más cotizada que sea la firma que las sustenta.

Consideramos que con unidades pancreáticas elevadas no se debe ser demasiado expectante.

La nefrosis sintomática muestra los inconvenientes de dejar evolucionar por más tiempo un proceso de esta naturaleza.

3) TRATAMIENTO MÉDICO POST-OPERATORIO. — En los casos que hemos tenido ocasión de tratar últimamente y en este que hemos elegido como tipo, le hemos dado un gran valor al tratamiento médico post-operatorio. No basta operar a tiempo y bien. Es necesario mantener esos resultados y esas ventajas.

Cuando el tratamiento quirúrgico ha sido completo puede bastar y sobrar él solo.

Cuando, como en nuestro caso, no se puede hacer otra cosa que drenar y tratar el foco pancreático y no se ha podido des-

gravitar el árbol biliar, entonces el tratamiento post - operatorio cobra el mayor valor e interés.

En dos oportunidades tuvo nuestro enfermo recidivas de su mal.

La reposición correcta del drenaje abdominal, el tubaje duodenal, la insulino - terapia y sobre todo esta última, nos parecen fundamentales factores de éxito y que conviene siempre tener presentes.