

RESULTADO ALEJADO DE UNA PANCREATO-GASTROSTOMÍA

Prof. L. MÉROLA (in memoriam) (1) y F. ETCHEGORRY

El tratamiento de las fístulas consecutivas a la marsupialización de falsos quistes del páncreas ha dejado de ser el escollo insalvable que era hasta hace algunos años. Resultados inmediatos favorables, obtenidos por distintos procedimientos, cruentos o no, han sido publicados ya en suficiente número como para poder juzgar sobre la eficacia de los distintos métodos empleados. Pero todavía no abundan las historias clínicas seguidas a largo plazo, en las que la sanción del tiempo, permita ratificar la primera impresión recibida. Teniendo un enfermo que se halla en estas últimas condiciones, en el cual su fístula fué tratada por un procedimiento personal, me ha parecido conveniente presentar el caso a la consideración de ustedes.

Historia abreviada. — Manuel S., 33 años, ingresa en enero de 1931 a la Sala 23 del Hosp. Pasteur (Prof. Quintela) enviado de un servicio de medicina, con diagnóstico de quiste hidático del hígado. Presenta en dicho momento una tumefacción que se instala por encima y a la derecha del ombligo y cuyo límite superior es difícil de limitar, en virtud de la defensa que hay a ese nivel.

Sub-ictericia. Como el enfermo ya viene estudiado y por otra parte,

(1) He creído deber asociar al mío, el nombre de mi malogrado maestro Prof. Mérola, desaparecido tan prematuramente. Juntos seguimos al enfermo y mancomunados fueron los esfuerzos para curarlo. La redacción y comentarios de este artículo, corren, en cambio por mi exclusiva cuenta.

F. E.

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la sesión del día 19 de agosto de 1936.

el interrogatorio no acusa antecedente alguno digno de modificar el diagnóstico se resuelve intervenir sin otros exámenes.

1ª Operación. — Dr. Etchegorry, Pte. Alvarez. An. éter. Laparatomía mediana supra-umbilical. Hígado macroscópicamente sano. Vesícula, duodeno y estómago normales. El páncreas presenta una tumoración del tamaño de un huevo. Se atraviesa el epiplón gastro-cólico y se punciona el tumor, lo que da lugar a la extracción de un líquido hemático. Se abre dicho quiste y se coloca un tubo de drenaje que atravesando el ligamento gastro-cólico se fija a la pared. Cierre como de costumbre.

Interrogado nuevamente el enfermo después de la intervención, confiesa hábitos de intemperancia acentuados y un episodio agudo antes de su ingreso al Hospital, que fué interpretado erróneamente.

Alta, curado en febrero de 1931.

S., creyéndose al abrigo de todo trastorno, no se corrige y continúa su vida anterior. Un año después, un dolor intenso en el epigastrio, irradiado a los flancos, acompañado de ictericia y vómitos, lo llama a la realidad, resolviendo, como consecuencia ingresar nuevamente al Hospital. Lo hace el 13 de Marzo de 1932 a la Sala 21. (Prof. Mérola).

Examen: Estado general bueno. Apirexia. Ps. 90. Sub-ictericia. Vientre móvil; el reborde costal derecho parece más levantado que el izquierdo. La palpación revela un poco por abajo del punto vesicular una masa del tamaño de un huevo de gallina, poco dolorosa, bien limitada, de consistencia elástica. Timpanismo acentuado, macidez hepática aumentada.

Sometido a un régimen apropiado, se le practican varios tubajes duodenales, mejorando su estado, por lo que es dado de alta 20 días después de su ingreso. S., sigue ahora una vida ordenada, pero "malgré-tout", vuelve a sentir sus molestias, las que lo deciden a ingresar nuevamente a la sala 21 el 29 de junio de 1932.

Examen: Estado general bueno, tinte ligeramente icterico. Abdomen blando, se mueve bien con la respiración. No hay dolor espontáneo ni se provoca a la palpación. Borde superior del hígado en el 6º espacio intercostal (percusión). Borde inferior palpable, duro; indoloro.

A pesar del tratamiento médico (urotropina, tubajes duodenales, etc.) el estado del enfermo empeora durante su permanencia en el servicio. Los dolores se hacen fuertes, el enflaquecimiento aumenta, la ictericia se acentúa, las fecas se decoloran. Aparecen vómitos e hipo. Una radioscopia practicada en julio 12, muestra lesiones de perigastritis y de perfil se nota que el estómago está rechazado hacia adelante. (Vidal).

En mi ausencia, el Prof. Mérola resuelve intervenir.

2ª Operación (16 julio 1932). — Mérola y Bado. An. éter CO². Incisión mediana. Adherencias del epiplón a la pared. Liberación. Al través del ligamento gastro-cólico se ve una tumoración al nivel de la cabeza del páncreas, que se aborda pasando por una zona vascular de dicho ligamento. Líquido obscuro, al parecer hemato-bilioso; se incinde el quiste saliendo gran cantidad de aquel elemento. Vías biliares: vesícula de aspecto normal, pequeña, no muy tensa; gran coledocitis; imposible determinar si el cístico está ob-

turado o no. Se drena el quiste por la incisión mediana y se practica una colecistostomía por una botonera lateral.

Ex. del líq. quístico: no hay bilis; reacción química de la hemoglobina, intensa; al microscopio glóbulos rojos y pus; cultivos negativos. (Triánón)

Ex. histológico de un fragmento de la pared quística: tejido fibro-escleroso muy abundante, con algunos tubos glandulares; no hay epitelio de revestimiento. (Bado).

Período post-operatorio, normal. La colecistostomía da bilis, la ictericia desaparece, el estado general repunta, y suprimiendo detalles, diré que el enfermo es dado de alta curado el 15 de agosto o sea un mes después de la operación.

Poco tiempo después S. empieza a sufrir de nuevo; nota que su cicatriz se hace tensa, dolorosa, encontrando solo alivio cuando el antiguo trayecto fistuloso se abre y deja salir líquido claro.

Lo someto a régimen severo, acompañado de la ingestión de protamilas, al principio, el tratamiento parece surtir efecto, pero bien pronto muestra su ineficacia, por lo que el enfermo resuelve mantener abierto su trayecto con un tubo de drenaje al que adapta un recipiente a fin de que el líquido no mortifique la piel. Esta situación, sin embargo, no puede prolongarse. Imposibilitado para el trabajo, esclavo de su fístula, S. . . reclama una solución definitiva para su dolencia.

Habiendo tenido ocasión de observar la cura radical de un caso semejante, pudiendo constatar la relativa facilidad operatoria y su excelente resultado, resolvimos de común acuerdo con el Prof. Mérola intentar la misma cosa, no ocultándole al interesado, sin embargo, los riesgos que corría. S. . . aceptó la intervención.

Ingresa nuevamente a la Sala 21 el 1º de febrero de 1933.

La fístula se ha cerrado espontáneamente, pero la cicatriz está distendida y presenta un color violáceo. A dicho nivel la palpación muestra una tumoración del tamaño de un puño, de consistencia dura y que se insinúa a la derecha por debajo del reborde costal. Esta tumoración duele poco. Al nivel de la antigua fístula hay fluctuación neta y signos de su inminente reapertura.

Se comienza por practicar ésta a fin de calibrar el trayecto y defender la piel en vista de la futura intervención. (Feb. 2/933).

¿Qué género de operación debíamos practicar? El caso presente era diferente a los conocidos por nosotros hasta ese momento. La mayoría de las publicaciones, no muy numerosas, se referían a trayectos fistulosos al través del epiplón gastro hepático, inclusive la del enfermo que había visto operar. (Presse Me-

dicale N° 91, 1930, pág. 1534). La anastomosis con el estómago, en estas condiciones, es facilitada no sólo por la docilidad de la pared gástrica anterior, sino también por la longitud del trayecto fistuloso. Cuando éste se hacía como en S... por el epiplón gastro-cólico, los cirujanos se habían visto obligados a unir las fístulas con el delgado (Kleinschmidt) o con el duodeno (Ombredanne), pero contando siempre al parecer, con un trayecto fistuloso bastante largo. Carecíamos de esta ventaja; por otra parte la anastomosis con el yeyuno no nos seducía por ser mayores los peligros de infección y tener que utilizar un ansa larga con los riesgos consiguientes. Así pues, resolvimos crear una técnica apropiada al caso, cuyo mayor mérito quizás consista en que fué realizada exactamente como fué planeada, lo que demostró la lógica de su concepción. Como se verá más adelante, otro había tenido ya la misma idea.

3ª Operación. Marzo 9/933. Drs. Mérola, Etchegorry. Pte. Bermúdez. An. Gen. Eter CO²:

1º Incisión al nivel de la antigua cicatriz, circunscribiendo el orificio fistuloso al que se le conserva un rodete de piel.

2º Apertura del peritoneo a la izquierda del trayecto. Cateterización del mismo con una sonda acanalada a fin de repararlo mejor. Dificultosamente se le libera tratando en todo momento de respetarlo e invadiendo más bien sobre los tejidos vecinos a fin de que conserve su consistencia. **Este es un detalle importante de técnica.** Las adherencias son fuertes, fibrosas. Liberado el trayecto cuya longitud total es de 4 cms., se constata que termina en un quiste del tamaño de un huevo de galina, pasando por debajo de la gran curva gástrica.

3º Se sustituye la sonda por un tubo de drenaje fino del que se verifica su permeabilidad. Fijación del tubo al trayecto, dejándolo sobresalir un par de centímetros.

4º En la parte vecina de la cara posterior gástrica se fija el trayecto con puntos sueltos en su semicircunferencia posterior, a una distancia de 2 ½ cms. de su extremidad libre. Se incide la cara posterior gástrica *respetando* la mucosa en una extensión suficiente como para pasar el trayecto.

5º Gastrotomía anterior. Por la cavidad gástrica se secciona la mucosa respetada en el tiempo anterior y se hace pasar el trayecto, tirando sobre él a fin de invaginar la cara posterior gástrica. Se fija el reborde cutáneo de la fistula a la mucosa gástrica así invaginada con puntos separados al hilo de lino. El tubo de drenaje sobresale en la cavidad como un pequeño badajo. Cierre de la gastrotomía anterior.

6º Se vuelve a la cara posterior gástrica que presenta la invaginación señalada. Se termina la sutura al hilo de lino de la semicircunferencia dejada

libre y por encima se hace un nuevo plano sero-fistuloso al gaster-gut. Se deja una pequeña mecha al contacto y se cierra la pared en 3 planos.

Operación perfectamente soportada; el 12 se retira la mecha; al día siguiente la curación aparece mojada por un líquido de reacción ácida (¿gástrico?).

Sigue saliendo por unos días un líquido similar y finalmente la secreción cesa definitivamente, saliendo el enfermo curado el 8 de mayo, vale decir 2 meses después de su intervención.

Desde entonces, hemos visto a S. repetidas veces, la última hace 2 meses. Ha seguido muy bien, quedando de sus viejas molestias, sólo el recuerdo. Lleva por otra parte una vida ordenada y sin seguir un régimen, se "cuida en las comidas" (1).

No es mi propósito al analizar este caso hacer el estudio completo de las fístulas pancreáticas; la importancia del tema bien merece un trabajo especial. Por otra parte, Bodart en su tesis y Brocq y Miginiac en su libro, lo tratan bastante ampliamente y desde la fecha de la aparición de ambas publicaciones, muy pocas novedades hay que agregar a lo escrito por aquéllos autores. Insistiré, pues solamente, sobre algunos detalles que me parecen interesantes.

1º ¿Cuándo debe operarse una fístula pancreática? La respuesta hasta ahora ha sido unánime: después de un tratamiento médico honestamente hecho y que dure algunos meses, pues no siempre los éxitos son inmediatos y la espera para intervenir presenta ciertas ventajas desde el punto de vista técnico.

Hay sólo dos inconvenientes en la dilación: la digestión de la piel y la desnutrición del enfermo por falta de aporte de fermentos a su intestino.

Contra la primera podemos luchar con los métodos ya conocidos, a los que se podría agregar el reciente de Potter, que consiste en acidular con HCl al $\frac{1}{10}$ (gota a gota continua), el trayecto fistuloso, a fin de neutralizar la tripsina que sólo obra en medio alcalino y en embeber a permanencia la herida con jugo de carne para el caso de que hubiera fermento en exceso o no neutralizado.

Contra el segundo inconveniente, se recurrirá a la maniobra

(1) Gracias a la amabilidad de los Dres. Barcia y Menéndez, pudimos estudiar radioscópicamente a S... 1 ½ año después de la operación. El funcionamiento gastro-duodenal era normal y no se veía el menor rastro del tubo abandonado en el trayecto fistuloso.

realizada por Cathala y Senèque: recoger el líquido de la fístula y hacérselo ingerir al enfermo espontáneamente o por intermedio de la sonda duodenal.

Si después de 5 o 6 meses de espera, el resultado es nulo, se debe intervenir.

¿Qué operación realizar? La elección depende sobre todo, de dos factores: sitio de la fístula con relación a los mesos y longitud de la misma.

Teóricamente las fístulas pueden atravesar tres mesos: el gastro - hepático, el gastro - cólico y el cólico propio. Prácticamente sólo se presentan los dos primeros casos; del tercero no conozco ninguna observación.

1er. Caso. Es el más frecuente en las publicaciones que he leído. Por regla general el trayecto fistuloso es largo y permite su abocamiento al estómago a través de su pared anterior, *sin tironeamientos*, detalle fundamental para el éxito operatorio sea cual sea el procedimiento que se emplee. Es la técnica seguida por Doyen, Alberto Gutiérrez, etc. Algunos cirujanos se han dejado tentar por la proximidad de la vesícula y han realizado la anastomosis entre este órgano y la fístula. Es una mala operación que ya ha hecho sus pruebas; aparte de las dificultades de la sutura, más difícil que con el estómago, los riesgos de infección y obturación son mayores. Kehr que la utilizó, fracasó en su tentativa; Neufferschen lo imitó y aunque publicó su caso como curado, en realidad el enfermo tuvo alivio durante 2 ½ meses, al cabo de los cuales falleció de peritonitis aguda por rotura del quiste. La necropsia demostró la obturación de la neo - boca (Gold).

2º Caso. Aquí las variantes han sido mayores. El trayecto fistuloso a veces corto no ha permitido su desplazamiento, por lo que los cirujanos han utilizado el intestino como órgano a anastomosar. El éxito ha acompañado a casi todas las tentativas publicadas (Gold, Aubert). Sin embargo, como ya dije, en este tipo de anastomosis pre - cólica hay el peligro de la oclusión. El enfermo II de Aubert, falleció de dicha complicación. Para evitarla se podría realizar la anastomosis transmesocólica, como en una gastroenterostomía de Von Hacker. Fué lo que hizo Konjetzny, curando a su enfermo.

Otros cirujanos vista la proximidad del duodeno con el quiste, lo han abocado a éste. Kerschner obtuvo así un triunfo; en cambio Ombredanne fracasó en su tentativa. Pienso que no habiendo adherencias duodeno - quísticas, la obtención de una buena sutura no debe ser cosa fácil.

Y finalmente quedan los operadores, que como nosotros, han utilizado el estómago como receptáculo del líquido quístico.

Cuando con Mérola ideamos la técnica seguida creíamos que ésta fuera perfectamente original. Tanto él como yo ignorábamos la existencia de la operación de Jedlicka, que tiene muchísimos puntos de contacto con la nuestra. Justo es reconocer la prioridad a dicho cirujano, pues su primera intervención data de 1921. Consiste ésta en abocar el quiste a la pared posterior gástrica, previa gastrotomía anterior. Según Polak, hasta el año 1935, dicha operación habría sido practcada una docena de veces siempre con éxito. Nuestro caso sería otro para agregar a la serie.

Abocamos el trayecto al estómago porque resultaba más fácil que anastomosar el quiste, pequeño y de paredes delgadas; pero sea quiste, sea trayecto, la unión con aquel órgano, es la solución mejor. Lo prueban los éxitos obtenidos.

2º Los resultados se mantienen con el tiempo. Personalmente he podido seguir la evolución de dos enfermos: S. y el operado por Senèque y Moure. S. se cuida, como él dice; podría argumentarse que ahí reside la causa principal del éxito. Contestaré que en cambio, el enfermo de Senèque, de regreso al Uruguay, volvió a sus hábitos etílicos en forma intensa, sin que por eso sintiera el menor trastorno digestivo. Así duró 3 1/2 años, hasta que en los primeros días del año 1934 murió quemado en un incendio del que no pudo escapar dado el grado de su alcoholización.

Después de todo lo dicho y como síntesis, creo tener derecho a repetir la frase inicial: las fístulas consecutivas a un pseudo quiste pancreático han dejado de ser un escollo insalvable para el cirujano. Su anastomosis con el estómago o el yeyuno, permite la supresión de una dolencia penosa y el "restitutio ad integrum" por largo plazo de las funciones digestivas alteradas por el desperdicio del jugo pancreático.