

Septectomía del Wirsung

Dres. Alfredo Armand Ugon, Alberto Estefan,
Fernando Lago, Héctor Pacheco.

Se presentan 4 observaciones de septectomía del tabique interwirsungo-coledociano. Se señala la importancia de las obstrucciones del canal de Wirsung en las afecciones bilio-pancreáticas y las dificultades diagnósticas para llegar a un diagnóstico correcto.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Pancreatic Ducts / Surgery.

SUMMARY: Wirsung's septectomy.

Presenting four observations of a septectomy of the inter-wirsung-choledocian wall. Stressed is the importance of obstruction of Wirsung's duct in bilio-pancreatic affections and difficulties to arrive to a correct diagnosis in this field.

RÉSUMÉ: Septectomie du Wirsung.

On présente 4 observations de septectomie du septum interwirsungo-choledocien. On souligne l'importance des obstructions du canal de Wirsung dans les affections biliopancreatiques et les difficultés diagnostiques pour aboutir a un diagnostic correct.

Clinica Quirúrgica "3" (Director Prof. Dr. Raúl Praderi). Hospital Maciel. Fac. de Medicina, Montevideo, Uruguay.

INTRODUCCION

Los procedimientos quirúrgicos destinados a resolver las enfermedades del esfínter de Oddi dirigen su atención fundamentalmente hacia el polo biliar y no hacen mayor hincapié sobre el polo pancreático. Moody⁽⁶⁾ ha insistido en la importancia de resolver las probables estenosis a nivel del Wirsung, y propuso para ello la exploración de dicho polo en el acto operatorio para decidir complementar o no la cirugía biliar con la sección del tabique interwirsungo-coledociano, con o sin plastia, y dejar así expedita la vía canalicular pancreática.

Esta comunicación pretende llamar la atención sobre dicha situación y compromiso del Wirsung, ilustrando con cuatro observaciones las formas clínicas y la presentación de dicha eventualidad.

FUNDAMENTOS FISIOPATOLÓGICOS - DIAGNÓSTICO. Del mismo modo que existe un principio fundamental en cirugía biliar que exige que la vía biliar quede expedita cualquiera sea el procedimiento empleado; no debemos olvidar que el mismo se puede y debe aplicar de la misma forma al sector canalicular pancreático.

Por ello, desde Moody⁽⁶⁾, varios autores^(5, 7, 8, 9, 10, 11) han señalado la importancia de llegar a diagnosticar y tratar las estenosis del polo wirsungiano por compromiso fibroso e inflamatorio del septum interwirsungo-coledociano.

Presentado como Tema Libre al 35° Congreso de Cirugía. Montevideo, diciembre 1984.

Prof. Adjunto, Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica, Postgrado de Cirugía.

Dirección: Mercedes 1472, ap. 103. Montevideo (Dr. Armand Ugon).

Un problema de difícil solución es el planteado por las dificultades que existen en lograr un claro diagnóstico de la afección.

Los elementos clínicos pueden hacer presumir y sospechar su existencia, pero no existen elementos paracíclicos preoperatorios de certeza que pongan en evidencia la estenosis.

Dentro de las múltiples formas clínicas del sufrimiento etiquetado como síndrome postcolecistectomía solamente adquieren valor los síntomas y signos evocadores de participación pancreática y de la vía biliar principal. Destacamos el dolor en barra irradiado a izquierda, la existencia de vómitos reiterados y frecuentes, y la ictericia.^(3, 4)

Esta sintomatología que suele no ser muy clara, y además proteiforme puede desencadenar habitualmente colédocopancreatitis, que hará dirigir la atención del cirujano actuante hacia la posibilidad de tener que realizar cirugía sobre el Wirsung.

Fuera de esta forma de presentación tan clara, la sintomatología que lleva al estudio paraclínico, por más dirigida que sea, no logra evidenciar la situación a que hacemos referencia.

Los pacientes son así sometidos a una completa evaluación de su tracto digestivo alto, por radiología gastroduodenal; biliar y pancreática; endoscopías, sondeos duodenales, ecografías, tomografías; además de las dosificaciones humorales clásicas de bilirrubinas, fosfatasa, amilasas, etc. En muchos de estos pacientes se halla una causa a su sufrimiento, en general la litiasis en la vía biliar principal, pero en otros no hay evidencia lesional clara, y el sufrimiento persiste.^(5, 6)

Nardi y Acosta^(1, 2, 7) idearon un test que lleva el nombre del primero a efectos de intentar demostrar estenosis papilar. Se inyectan al paciente 10 mg de Prostigmine por vía i/m; y se hacen tomas seriadas de sangre cada 30m para dosificar, durante 4 horas amilasa, lipasa, fosfatasa, TGOA y TGP.

El grupo de pacientes que revelaban dolor, náuseas y vómitos, eran reinterrogados para saber si esa sintomatología era superponible al sufrimiento previo. El test se califica como positivo si además de los elementos clínicos se halla un paralelo incremento en los valores dosificados en sangre.^(1, 2, 7) Los autores consideran al test solamente con valor evocativo y orientador.

Del análisis de lo expuesto surge la existencia de una insuficiencia notoria en el diagnóstico preoperatorio. Señalamos entonces que el mismo es intraoperatorio, cateterizando el conducto de Wirsung mediante exploradores (sondas lacrimales). Si no se logra pasar una de 3 mm de ca-

libre, estaremos en presencia de una estenosis que deberá tratarse quirúrgicamente.⁽⁶⁾

Antes de llegar a esta maniobra exploratoria el cirujano deberá previamente realizar una exploración manual y visual del páncreas a través del epiplón gastrocólico, realizando además una correcta maniobra de Kocher-Vautrin. Luego de una colangiografía, y valorando los elementos hallados surgirá la necesidad de duodenotomía y cirugía esfinteriana.

Es de enorme utilidad el practicar una Wirsungografía intraoperatoria con eventual control de flujo y presión del jugo pancreático.⁽⁶⁾ Del conjunto de todos los elementos que se van sumando surgirá la indicación de la septectomía; pero recalamos el valor primordial de la cateterización del Wirsung como el elemento de más valor.

INDICACIONES

De lo expresado anteriormente surgen las indicaciones de esta cirugía del polo pancreático:

1) En las colédocopancreatitis, donde debe quedar no sólo el árbol biliar expedito, sino que hay que favorecer el libre flujo del árbol canalicular pancreático.

2) En las pancreatitis crónicas difusas con papilitis estenosante y compromiso de la desembocadura del Wirsung.

3) Eventualmente como procedimiento complementario en toda cirugía papilar y esfinteriana colédociana a efectos de prevención de pancreatitis postoperatorias.

TECNICA. Moody⁽⁶⁾ denomina al procedimiento septectomía con septoplastia o fijación del tabique, ya que lo reseca para su estudio anatomopatológico, y luego lo fija.

Nosotros hemos realizado la septotomía, es decir la sección con o sin plastia o fijación ulterior.

No nos referiremos al abordaje abdominal ni a las maniobras exploratorias preliminares a las que ya hemos hecho referencia. Luego de efectuada la colangiografía y abierto el colédoco, se pasa un papilótomo de Sugasti y se individualiza así la papila.

Se aborda la misma por duodenotomía vertical de unos 2-3 cm y se expone la papila con tractores si fuera necesario. Realizamos la papiloesfinteroplastia colédociana sobre el papilótomo en una extensión de unos 2 cm aproximadamente. Es entonces que queda expuesto el orificio del Wirsung, por debajo del labio posterior de la desembocadura colédociana.

Moody⁽⁶⁾ coloca una aguja calibre 23 en el Wirsung para su exploración y le inyecta Secretina una unidad por kg de peso *i/v* para promover un rápido flujo de jugo pancreático, midiendo el flujo y las presiones antes y después de la septectomía.

Se realiza la sección en una extensión de unos 10 mm, se reseca el tabique y se incluye en un bloque de parafina para la histopatología, que confirmará la existencia de un proceso fibroso inflamatorio evolucionado. Realizada la plastia con material 7-0 se deja coledocostomía sobre Kehr y se efectúa el cierre duodenal.

Nosotros hemos logrado realizar wirsungografías intraoperatorias y aconsejamos su uso sis-

temático, a baja presión, para obtener el mapa anatómico del árbol pancreático, sus caracteres lesionales y la forma de desembocadura del Santorini.

Obviamente, por el tubo de Kehr obtendremos colangiografías postoperatorias que nos darán clara evidencia de la situación postcirugía.

Los casos 1 y 2 se intervinieron de urgencia y la septotomía fue sin plastia, mientras que los 3 y 4 fueron de coordinación, y se realizó la plastia.

En el caso 4 se pudo realizar Wirsungografía intraoperatoria. Destacamos que solamente en el caso 3 hubo una infección parietal a *Klebsiella* como elemento complicativo.

Cuadro 1

EDAD	SEXO	INDICACION	PROCEDIMIENTO	EVOLUCION
24	M	Coledoco-pancreatitis Litiasis V y C Colantigitis aguda simple Pancreatitis aguda edematosa	Colecistectomía Coledocotomía Coledocolitotomía Coledocostomía (Kehr) Papiloesfinteroplastia Septectomía	15 m
44	F	Igual situación	Igual procedimiento	18 m
55	F	Litiasis residual VBP Pancreatitis crónica difusa micronodular	Coledocotomía Coledocolitotomía Coledocostomía con Kehr Papiloesfinteroplastia Septectomía con plastia	8 a
51	F	Igual situación	— Igual procedimiento	39 m

CONCLUSIONES

1) Se trata de un procedimiento de cirugía biliar de utilización excepcional, bajo las condiciones que hemos establecido.

2) Exige una técnica quirúrgica meticulosa y prolija.

3) Su indicación debe ser meditada y evidenciada la estenosis en el acto operatorio.

4) Los resultados obtenidos son satisfactorios, pero es necesario una experiencia cuantitativa y cualitativa mayor para su aplicación más extensa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ACOSTA J., NARDI G. — Papillitis. Arch. Surg. 92: 354, 1966.
- ACOSTA J., CIVANTOS F., CASTLEMAN B. — Fibrosis of the Papilla of Vater. Surg. Gynecol. Obstet., 48: 787, 1967.
- BARTLETT M., NARDI G. — Treatment of recurrent pancreatitis by transduodenal sphincterotomy and exploration of the pancreatic duct. N. Engl. J. Med. 262: 643, 1960.
- CLE W., GROVE W. — Persistence of symptoms following duodenostomy with special reference to anomalies of the apulla of Vater. Ann. Surg. 136: 73, 1952.
- MADURA J., MAC CAMMON R., PARIS J. — The Nardy test and biliary manometry in the diagnosis of the pancreaticobiliary sphincter dysfunction. Surgery, 90: 588, 1981.

6. MOODY F., BERENSON M., MC CLOSKEY D. — Transmucillary septectomy for post cholecistectomy pain. *Ann. Surg.* 186: 415, 1977.
7. NARDI G., CAOSTA J. — Papillitis as a cause of pancreatitis and abdominal pain. *Ann. Surg.* 164: 611, 1966.
8. PRINZ R., GREENLEE H. — Pancreatic duct drainage in 100 patients with chronic pancreatitis. *Ann. Surg.*, 194: 313, 1981.
9. THOMAS C., NICHOLSON C. — Effectiveness of choledocoduodenostomy and transduodenal sphincterotomy in the treatment of the common duct. *Ann. Surg.* 173: 845, 1971.
10. VOGT D., HERMANN R. — Choledocoduodenostomy, choledocojejunostomy or sphincteroplasty for biliary and pancreatic disease. *Ann. Surg.* 193: 161, 1981.
11. WARREN K., VEIDENHEIMER M. — Pathological considerations in the choice of operation for chronic relapsing pancreatitis. *N. Engl. J. Med.*, 266: 323, 1967.