

LA EXPLORACION OPERATORIA DEL PANCREAS

Dr. H. PARODI

Consideraremos tres aspectos: 1º) los fundamentos anatómicos; 2º) los fundamentos patológicos; 3º) las circunstancias clínicas.

1º) FUNDAMENTOS ANATOMICOS

La exploración operatoria del páncreas es un acto quirúrgico de riesgo, de ahí que de ella debe surgir el balance exacto de la etiología, extensión del proceso y posibilidad de exéresis del mismo.

El páncreas desarrollado en el mesoduodeno y en el mesogastrio posterior se halla como engarzado entre tres pedículos: el hepático, el esplénico y el mesentérico superior. Se halla así vinculado a pedículos de órganos, que deben ser respetados, por el riesgo de necrosis que su agresión determina. De ahí que los riesgos de su cirugía sean esencialmente vasculares, y que su cirugía sea una cirugía de mesos. Se compromete más la vitalidad de los órganos a que están destinados esos pedículos que la propia.

Abierto el abdomen, sólo se ve del páncreas, el sector supra-mesocólico de su cabeza situado a derecha del ligamento duodeno mesocólico.

En condiciones normales, el eje del antro pilórico y de todo el duodeno, dibuja la letra griega alfa, y el istmo pancreático se halla en posición retroduodeno pilórica; de esto resulta que para exponer al páncreas hay que levantar el estómago y para ello es menester entrar a la retrocavidad de los epiplones.

Dos maniobras son esenciales para la exploración: 1º) penetrar a través de ligamentos; 2º) decolar mesos.

Para lo primero, hay que conocer el contenido de éstos, saber lo que se va a cortar. Para lo segundo, planos avasculares, conocer lo que queda de uno y otro lado del mismo, porque la desaparición del plano de clivaje por el proceso patológico, implica que las relaciones del mismo, pasen frente a las maniobras quirúrgicas, a ser como si fueran contenido.

La finalidad que se persigue con la sección de ligamentos y decolamientos de fascias es liberar el páncreas, y esta liberación es todo en la exploración, o es el tiempo previo en la exéresis.

Por hallarse el páncreas entre los tres pedículos citados, nos ha llevado a esquematizarlo en tres sectores, movilizables cada uno por distintas maniobras.

El duodeno biliopáncreas.—Solidario del pedículo hepático, situado a derecha del istmo y por arriba del mesocolon transversal, tiene su centro anatómico en la ampolla de Vater.

Maniobras de exploración:

1) Seccionar el ligamento gastrocólico y suprimir su inserción en la cara anterior de la cabeza del páncreas. La ligadura de los vasos gastroepiplóicos, dejando la vena cólica junto al mesocolon, permite abrir el ligamento duodeno mesocólico y exponer la cara anterior de la cabeza, salvo su sector inframesocólico.

2) Descender el ángulo derecho del colon.

3) Decolar el duodenopáncreas (maniobra de Kocher-Vautrin) que permite exponer la cara posterior del duodeno biliopáncreas.

4) Si el objetivo quirúrgico es la ampolla de Vater, la duodenotomía con o sin cateterismo previo del colédoco, la expone.

Estas maniobras tienen sus riesgos anatómicos independientes de los que crea la patología; estos son vasculares; sólo citaremos la arteria hepática a trayecto anormal y la vena porta.

El esplenopáncreas.—Solidario del pedículo esplénico y del bazo, situado a izquierda del istmo, tiene su centro anatómico en el pedículo esplénico.

Maniobras de exploración:

1) Sección del ligamento gastrocólico y levantamiento del estómago. Dentro de la retrocavidad de los epiplones se expone, la cara anterior del istmo, cuerpo y cola, menos su extremo distal cubierto por el pedículo esplénico.

2) Levantar el borde inferior del páncreas y hacer el decolamiento pancreático esplénico a expensas de la fascia de Toldt. Se expone así la cara posterior del istmo, cuerpo y cola.

Los riesgos son vasculares y están constituidos por los vasos anormales o anormalmente desarrollados, de origen frénico o esplénico a destino gástrico, que a veces son de difícil hemostasis.

El mesenterio duodenopáncreas.— Solidario del pedículo mesentérico superior, situado por debajo del mesocolon transverso. Tiene su centro anatómico en la escotadura pancreática, donde está el pedículo mesentérico.

Maniobras de exploración. De derecha a izquierda:

- 1) Descenso del ángulo derecho del colon.
- 2) Sección del ligamento duodeno mesocólico.
- 3) Siguiendo el tronco venoso de Henle se llega a la vena mesentérica superior.

De izquierda a derecha:

- 1) Movilización del ángulo duodeno yeyunal, para lo cual es necesario liberarlo y descenderlo; se llega así a la arteria mesentérica superior.
- 2) Movilización de la tercera porción del duodeno.
- 3) Movilización de la raíz del mesenterio.

Así se expone el procesus uncinatus en sus caras anterior y posterior.

Los riesgos son vasculares. El pedículo mesentérico y los vasos que de él salen, y la vena mesentérica inferior.

La liberación del istmo pancreático.— 1º) Se puede hacer de abajo arriba; siguiendo el tronco de Henle que nos lleva a la cara anterior de la vena mesentérica superior y de ahí con el dedo subimos separando la cara anterior de la porta de la cara posterior del istmo. Esto es factible porque la cara anterior de la porta no recibe vasos en su sector retroístmico.

2º) De arriba abajo, es más complejo y se hace ya con miras a la exéresis. Ligar la pilórica y la gastroduodenal en su origen y la pancreaticoduodenal derecha superior. Liberar el cóledoco y seccionarlo, esto amplía enormemente la liberación y por la cara anterior de la porta introducir el dedo que deslizará hacia abajo por detrás del istmo.

Hechas estas maniobras cuya extensión la indicará el proceso patológico en causa, ellas se complementan por la palpación cuidadosa del órgano y el examen de las otras vísceras. Luego, maniobras complementarias instrumentales, completarán la exploración.

2º) FUNDAMENTOS PATOLOGICOS

Es la entidad nosológica la que va a indicar al cirujano hasta dónde debe llevar un decolamiento o qué procedimiento complementario utilizará para completar su exploración.

Reseña patológica y maniobras complementarias

Los páncreas aberrantes.— Dado que pueden ser asiento de los mismos procesos patológicos que el órgano central, hay que ir a buscarlos donde más frecuentemente se hallan. Incluidos en la submucosa del estómago, duodeno y yeyuno, sobre todo; más raramente en el íleon, mesenterio, epiplón, bazo y vesícula.

Se presentan como nódulos amarillentos, pálidos, lobulados, fácilmente confundibles con un neoplasma (Anderson).

El páncreas anular.— De fácil exploración, se halla sobre todo a nivel de la segunda porción del duodeno.

La pancreatitis crónica.— Total o parcial, nodular a veces, es de clínica similar al neoplasma y es difícil diferenciarla del mismo. Obliga a un examen macroscópico del corte del nódulo, a la búsqueda de ganglios y de metástasis y para la dilucidación definitiva sólo es categórico la biopsia por inclusión del nódulo o de los ganglios.

La litiasis pancreática.— Muy frecuente, se explora por la palpación o visualización contrastada del Wirsung.

Las calcificaciones pancreáticas.— Secundarias a procesos inflamatorios o de necrosis grasa se pueden ver radiológicamente o se palpan.

Los quistes pancreáticos (por retención, neoplásicos, parasitarios, de la enfermedad poliquística, angiocísticos, secundarios a una pancreatitis aguda) se hallan a veces rodeados de un ambiente inflamatorio que no permite reconocer ni el límite de la glándula, y la exploración intentará aclarar la etiología que indicará el tratamiento.

Los tumores pancreáticos

Benignos. Adenomas y cistoadenomas.— Su benignidad surge de la exploración, cuando dirigida la búsqueda hacia los elementos de malignidad, estos resultan negativos; pero el diagnóstico definitivo lo dará la biopsia por inclusión.

Tumores de las células insulares o nesideoblastomas.— Son los que exigen mayor exploración manual palpatoria, pues son pequeños, de 1 mm. a 2 cms. y resaltan a la inspección por su color rojo grisáceo o gris rosado, y a la palpación por su consistencia más firme que el resto del parénquima.

De topografía frecuente en cuerpo y colá, 80 %, pueden ser múltiples en un 10 % de los casos. Buscar siempre en ellos sus signos de malignización a pesar de que es poco frecuente.

Tumores malignos.— Frente a la sospecha clínica, el hallazgo mínimo que justifica una resección de páncreas es la palpación de un Wirsung dilatado (Lahey). Este se palpa a través del epiplón menor, en la parte media del cuerpo a la altura del tercio superior con el tercio medio. El diagnóstico se confirma si una dilatación de las vías biliares acompaña a la del Wirsung (Lahey).

Si el diagnóstico ofrece dudas, acudir a la biopsia del nódulo o del ganglio, en lo posible por inclusión.

Si el diagnóstico es claro, hacer por la exploración el balance de su operabilidad.

Varias maniobras instrumentales complementan la exploración visual y palpatoria para determinar la posibilidad de exéresis.

Hay autores, como Cattell, que exigen la biopsia de hígado para despistar las micrometástasis.

La portografía mostrará la alteración del sistema porta en casos de invasión, o el obstáculo del mismo si hay trombosis. Hoy se han hecho intentos de resección del tumor junto con la porta, basándose en los datos que da la portomanometría intraoperatoria.

Síntesis de las maniobras complementarias especializadas

La biopsia extemporánea.— De un nódulo pancreático o de un ganglio, merece reparos, pues se hace con un corte grueso y por congelación, y su resultado negativo, como dice Ackerman, no excluye el neoplasma. Hay que hacer la biopsia por inclusión, que es la única categórica.

La biopsia de hígado.— Buscando micrometástasis es objetable: 1º) porque se preconiza la biopsia extemporánea y merece los reparos de ésta, y 2º) porque para que aparezcan células neoplásicas en la periferia del hígado, que es de donde se toma la biopsia, ya tiene que haber una ostensible linfangitis troncular a nivel del hilio hepático.

La visualización contrastada del Wirsung.— Es de técnica compleja. Tiene sus indicaciones para procesos que compriman, dilaten o desplacen al conducto y sobre todo sirve para objetivar la litiasis.

La portografía.— Método nuevo del cual aún no se conocen sus resultados definitivos, muestra el compromiso del sistema portal por el proceso en causa.

La portomanometría.— Que sigue a una portografía, revela el desarrollo de la red de suplencia en caso de invasión de la porta, e indicará si la resección venosa es factible en un tiempo.

3º) LAS CIRCUNSTANCIAS CLINICAS

1º) *En el abdomen agudo.*— El páncreas puede ser explorado por procesos propios o de vecindad (ejemplos, necrosis aguda, colecistitis aguda, etc.). La exploración en aguda debe ser somera y limitada. La simple visualización y la palpación, en general, bastan para el diagnóstico, y el enfermo no tolerará otras maniobras.

2º) *En el abdomen crónico.*— Frente a hechos que no apuran. Procesos propios o de vecindad exigen explorar el páncreas, y con el enfermo bien preparado, es entonces que el cirujano recurre a las distintas maniobras y procedimientos explorativos que hemos citado. Buscará con ellos hacer un diagnóstico etiológico o topográfico, o un balance lesional y calculará con los datos obtenidos, las posibilidades de éxito terapéutico.