

LAS REINTERVENCIONES
EN CIRUGIA ABDOMINAL PRODUCIDAS
POR LA PANCREATITIS AGUDA
POSTOPERATORIA (P. A. P. O.)

Dres. JULIO MAÑANA y FEDERICO GILARDONI

DELIMITACION DEL TEMA

Es nuestro propósito principal, considerar las reintervenciones que motivan la P.A.P.O., y destacar algunos aspectos de su táctica operatoria.

En 60 pancreatitis agudas (10, 11), encontramos 4 P.A.P.O. certificadas por la clínica, el laboratorio, la reintervención o la autopsia; 3 fallecieron y en dos ocasiones fueron motivo de reintervenciones. Tres P.A.P.O. habían sido sometidas a intervenciones sobre la vía biliar principal y 1 cirugía de exéresis gástrica. Los casos de P.A.P.O. que son motivo de estudio presentaron, en la operación original, el páncreas indemne de toda lesión y no existían antecedentes alcohólicos en ninguno de estos pacientes.

OBSERVACION 1.—Reg. 004.360. Hospital de Clínicas. Se había colocado en el colédoco un tubo de avenamiento biliar en T con una rama larga, transpapilar al duodeno, por haberse realizado en las maniobras de exploración una falsa ruta del colédoco retropancreático; el paciente falleció en el postoperatorio inmediato. En su necropsia: pancreatitis aguda necrótica hemorrágica. La rama larga del tubo de Cattell obstruía el Wirsung.

OBSERVACION 2.—C. 175.058. C. A. S. M. U. Se trataba de una paciente portadora de una litiasis coledociana, con un colédoco fino, practicándosele coledocostomía con tubo de Kerh. Hubo pasaje de instrumentos al duodeno para comprobar la permeabilidad distal. En el postoperatorio inmediato; vómitos y dolor epigástrico que duran tres días, interpretándose como correspondiente a una dilatación de estómago postoperatoria, y así se trata, evolucionando bien. A los siete días una colangiografía postoperatoria, muestra la rama superior del tubo de Kerh fuera del colédoco, pero existiendo buen pasaje a duodeno del

medio de contraste. A los diez días fiebre y síndrome de estenosis gastroduodenal, que motiva su reintervención a los diecisiete días de operada, con el diagnóstico de absceso subfrénico de origen biliar. En la reintervención se comprobó un absceso subhepático, un enorme páncreas con intensa peripancreatitis y manchas de citoesteatonecrosis, estenosando antropíloro y duodeno y la hipertrofia pancreática. Se realizó una gastroenteroanastomosis y protección con antienzimas per y postoperatoria. La evolución inmediata y alejada fue favorable, se encuentra bien luego de dos años de la reintervención.

OBSERVACION 3.— Reg. 188.703. Hospital de Clínicas. Paciente con historia de síndrome colecoleciano, cálculo enclavado en la papila, realizándose duodenotomía con papilotomía y extracción del cálculo. Coledocostomía con tubo de Kerh. A las 18 horas del postoperatorio vientre agudo y colapso, con los caracteres clínicos y de laboratorio de pancreatitis aguda grave. Se inicia tratamiento con antienzimas, retrocediendo rápidamente las manifestaciones graves y abdominales. A los ocho días fiebre y síndrome de estenosis gastroduodenal. A los veintiocho días se reinterviene por vía anterior con el diagnóstico de absceso pancreático y estenosis antroduodenal. Existe un considerable aumento de volumen del páncreas, con intensa peripancreatitis que engloba duodeno 2, no comprobándose absceso. Se realiza gastroenteroanastomosis. Evolucionó bien de su tránsito digestivo, pero persiste fiebre de tipo séptico que no cede a los antibióticos. A los cuarenta días hemorragia digestiva (enterorragia) y es reintervenida por segunda vez, se comprueba un absceso retroperitoneal drenándose el mismo por vía retrocolónica izquierda a través del flanco. En el postoperatorio dehiscencia total de la laparotomía, ictericia, coma hepático y muerte.

OBSERVACION 4.— Reg. 68.453. C. 53.937. C. A. S. M. U. A este paciente se le realiza gastrectomía ensanchada por carcinoma de antro gástrico, con ligadura de la arteria gastroduodenal y extirpación en block de los ganglios sub y retropilóricos. En el postoperatorio inmediato pancreatitis aguda y muerte a los ocho días. En la autopsia se comprueba una necrosis cualitativa de la cabeza del páncreas con dehiscencia de la sutura del muñón duodenal.

CONSIDERACIONES

Las causas de reintervención en nuestros pacientes fueron: la estenosis duodenal, la supuración pancreática y la hemorragia digestiva. Los pacientes reintervenidos requirieron gastroyeyunostomía y avenamiento del absceso pancreático. En el per y postoperatorio se realizó antienzimas. Uno operado en la tercera semana de su postoperatorio, y otro al mes de su síndrome de estenosis duodenal y a los dos meses de hemorragia digestiva. Creemos que la muerte de este último paciente (Obs. 3) se debió al retardo de la indicación del drenaje del absceso, que motivó una intoxicación progresiva del hígado, que precipitó la

insuficiencia hepática postoperatoria. Además esta observación nos enseña sobre la gravedad de los abordajes intraperitoneales para los abscesos pancreáticos en este tipo de paciente. La cirugía del árbol biliar principal y del duodeno se puede complicar con P.A.P.O. Es de hacer notar que en las tres observaciones de cirugía biliar se realizó exploración de la vía biliar principal, existiendo acción quirúrgica o maniobras en el sector distal (exploración, Catell pata larga y esfinterotomía).

En las formas de moderada intensidad la P.A.P.O. es un cuadro difícil de diagnosticar, principalmente porque no se piensa en él. Frente a un postoperatorio que se complica de dolor epigástrico y de hipocondrio izquierdo con o sin colapso hay que pensar en la P.A.P.O. y tratar de pesquisarla.

Toda cirugía del árbol biliar principal o gastroduodenopancreática que motive disección o manoseo del páncreas o de la terminación de sus canales debe ser bien meditada, y debería ser acompañada de antienzimas per y postoperatoria, pues esta medida tiene un alto poder profiláctico.

CAUSAS DE REINTERVENCION EN LAS P.A.P.O.

1º) *Reintervención precoz.*— Cuando la causa de la P.A.P.O. es evidente, ejemplo un tubo transpapilar (5). Creemos que con un tratamiento previo de 48 horas con antienzimas y medidas de reposición adecuadas, repuesto el paciente del shock, si lo hubo, se puede realizar una intervención precoz, siempre que se vaya a ella con un criterio táctico de mínima intervención.

2º) *Reintervención tardía.*— Entre segunda y tercera semana, para corregir una estenosis gastroduodenal o el adecuado avenamiento de un absceso. Con respecto a los abscesos no se debe ser contemporizador, sino intervenir entre los 14 y 21 días (15), período que insume en colectarse, ya que no hubo tiempo todavía de dañar el hígado, por la reabsorción de los productos sépticos por vía portal. El abordaje de los abscesos pancreáticos debe ser hecho en lo posible por vía retroperitoneal, es decir, directamente a su topografía habitual (18), con la mínima injuria quirúrgica. En las pancreatitis agudas la mortalidad operatoria es elevada y se paga tributo a abordajes intraperitoneales que dejan fistulas colónicas, duodenales, pancreáticas y gástricas de difícil solución, con dehiscencia total de laparotomía como en la observación 3.

3º) *Reintervención alejada*.—La cirugía de las secuelas de una P.A.P.O. no se diferencia de las secuelas de una pancreatitis aguda y no entran dentro del tema.

Las hemorragias digestivas en las P.A.P.O. se deben generalmente a un proceso abscedado de origen pancreático de vecindad a la víscera sangrante, y el correcto tratamiento del absceso puede solucionar el problema, cuando no se encuentra horadado un vaso importante en el contenido o las paredes de absceso, en este caso lo mejor son ligaduras vasculares y operaciones de derivación, incluso yeyunostomía temporaria sola o acompañada de gastrostomía (22). La insuficiencia hepática como causa etiopatogénica o coadyuvante de la hemorragia hay que tenerla en cuenta para su correcto tratamiento.

Puede motivarse una reintervención en las P.A.P.O. para realizar una derivación digestiva interna o externa, cuando un proceso de necrosis lateral, de duodeno, estómago, yeyuno o colon, constituya una fistula digestiva.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se exponen 4 casos de P.A.P.O. y las reintervenciones que exigieron su evolución. Tres de ellas consecutivas a cirugía del árbol biliar principal y 1 a cirugía gástrica por cáncer. Con 3 muertes y 1 sobrevida.

Las reintervenciones en nuestros casos fueron dirigidas a tratar: a) la estenosis duodenal, b) la supuración, c) la hemorragia. Se realizan breves consideraciones sobre los distintos problemas que plantea en su evolución esta grave complicación en lo que respecta a su patología, táctica quirúrgica y causas de muerte.

En todos aquellos casos en que la complicación apareció luego de la cirugía del árbol biliar, hubo maniobras quirúrgicas en el sector de la ampolla de Vater: a) dilatación instrumental, b) tubo en T de Catell, c) papilotomía.

De acuerdo a nuestras observaciones debería ser motivo de cuidadoso análisis, cada vez que se plantea cualquier acción directa sobre el sector distal de la vía biliar principal.

En caso de supuración pancreática, la precocidad del drenaje quirúrgico trata de evitar más complicación: la fistula, el daño hepático y la hemorragia. En esta situación el abordaje posterior debería ser la vía preferida para obviar los peligros del acceso intraperitoneal.

BIBLIOGRAFIA

1. ACKERMAN, L. V.—Acute pancreatitis following blood transfusion. "Arch. Path. Chic.", 34: 1065; 1942.
2. BLATHERWICK, N. H. and PATTISON, A. C.—Acute pancreatitis complicatin choledochal sphincterotomy. "Am. J. Surg.", 88: 129; 1954.
3. BOLES, E. T. (Jr.)—Postoperative pancreatitis. "Arch. Surg.", 72: 931; 1956.
4. COSCO MONTALDO, H.—Pancreatitis aguda. "5º Comgreso Uruguayo de Cirugía", tomo I: 533; 1954.
5. DEUCHE, F.—Pancreátite Mortelle après drainage transpapillaire du canal choledoque. "Gastroentéologie", 88: 311; 1957.
6. GOCOL, L. J. Hemorrhagic pancreatitis following Thiroidectomy. "California M.", 47: 255; 1937.
7. FERRIS, D. C.; CAIN, J. C. and BAGGENSTOSS, A. H.—Fatal post-operative pancreatitis. "Am. Surg", 146: 263; 1957.
8. FRIDEN, J. H.—Postoperative acute pancreatitis. "Surg. Ginec and Obst.", 102: 139; 1956.
9. LANGE, W. J.—Necrosis isquémica del muñón gástrico como complicación de la gastroctomía subtotal ampliada. "Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires", 46: 209; 1962.
10. MAÑANA, J. y VARELA, N. Tratamiento de las pancreatitis agudas. "7º Curso de Graduados de la Clínica del Prof. J. A. Piquinela". Fray Bentos, Uruguay, 1964.
11. MAÑANA, J.; VARELA, N. y CAVIGLIA, E.—"La enzimoterapia en la profilaxis y tratamiento de las pancreaticopatías agudas". (Premio René Hardoy, 1962.) Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay.
12. MORRIS, W. R.—Pancreatic fat necrosis followings subtotal thiroidecctomy. "J. A. M. A.", 1953: 100; 1954.
13. POPPER, H. L. and NECHELES, H.—Pancreatic Injuries. "Surg. Ginec. and Obst.", 93: 621; 1951.
14. RICH, A. R. and DUFF, G. L. Experimental and Pathological studies on pathogenesis of acute hemorrhagic pancreatitis. "Bull. John Hopkins. Hosp.", 58: 212; 1946.
15. SANCHEZ ZINNY, J.—Reintervenciones de urgencia en cirugía abdominal. "Trigésimoquinto Congreso Argentino de Cirugía", tomo I: 140; 1964.
16. SCHMEIDEN, V. and SEBENING, W.—Surgery of the Pancreas with especial consideration of acute panereatic necrosis. "Surg. Ginec. and Obst.", 46: 735; 1928.
17. SMITH, S. W.; BARKER, W. F. and KAPLAN, L. Acute pancreatitis following transampullary biliar drainage. "Surgery", 30: 695; 1951.
18. SUIFFET, W. and CUCULIK, C.—Colecciones lumbo flenaco ilíacas de origen pancreático. "5º Congreso Uruguayo de Cirugía", tomo II: 53; 1954.

19. THISTLEWAITE, J. R.—Study of the effect Banthine, vagotomy and subtotal gastric resection upon pancreatic secretion. "Surg. Gynec. and Obst.", 93: 616; 1951.
20. THOMPSON, J. A.; HOWARD, J. M. and VOWLES, K.—Acute Pancreatitis Following Choledochotomy. "Surg. Gynec. and Obst.", 105: 706; 1057.
21. WLATERS, W.; TAMA, L. and MAGISANO, J.—Acute hemorrhagic pancreatitis and necrosis associated with choledochal sphincterotomy. "Surg. Clin. North America", 41: 979; 1961.
22. WALTERS, W. and TAMA, L.—Acute ulcerative pancreatitis with hemorrhage following choledochostomy. "Surg. Clin. North America", 41: 991; 1961.