

CONFERENCIA

TRATAMIENTO

DE LA PANCREATITIS AGUDA

Dr. W. TEJERINA FOTHERINGHAM

TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA

Dr. W. TEJERINA FOTHERINGHAM

La pancreatitis aguda sobreviene con carácter de crisis, más o menos violenta. Desde las formas graves, colapsantes, hasta las crisis leves, fugaces, cuentan todos los grados posibles.

Las formas graves pueden atenuarse y curar si se les dispensa tratamiento apropiado y precoz. Las formas leves, al comienzo, con discreto dolor, sin colapso, pueden agravarse hasta resultar inclusive mortales, si no son debidamente tratadas. En la evolución de la pancreatitis aguda, el tratamiento tiene participación preponderante. Queda así, plenamente justificado que se insista en todo lo relacionado al tratamiento de las reacciones agudas pancreáticas.

Las pancreatitis agudas se producen entre nosotros, a consecuencia, habitualmente, de colangiopatías, que crean *factores de entorpecimiento a la excreción pancreática*. Estos factores ejercitan su acción a nivel de la ampolla de Vater y están representados preferentemente por odditis, papilitis, estenosis del poro pancreático o cálculo ampular. Son todos factores de pancreatitis aguda, por lo común vinculados a la litiasis biliar. Infrecuentemente, la pancreatitis sobreviene sin colangiopatía previa; así ocurre con las papiloduodenitis de los glotones y de los alcoholistas y con los procesos sépticos del páncreas que llegan al órgano por vía vascular, preferentemente sanguínea. Integran estas últimas, las pancreatitis agudas, llamadas idiopáticas. Las otras son las pancreatitis biliares, que consideraremos aquí especialmente.

En los casos severos, *la infección* del páncreas sería el factor preponderante, directamente relacionado con la expresión clínica y la fisiopatología de la crisis. La hipovolemia y la hemoconcentración resultan del proceso inflamatorio, exudativo, que sobreviene en el páncreas y en las estructuras vecinas. El íleus consecutivo sería un factor que suma sus efectos hemodinámicos a los que resultan del proceso estrictamente pancreático.

El desborde enzimático es sólo la consecuencia de la hipertensión intraductal y la disrupción canalicular. Su consecuen-

cia es la extracanalización del jugo pancreático, parte del cual infiltra la propia glándula y los tejidos vecinos, pudiendo hasta volcarse al peritoneo, parte se incorpora a la circulación, lo que se traduce por una sobrelevación más o menos considerable de las diastasas circulantes.

Es nuestro convencimiento que no es el desborde enzimático lo que determina el colapso que se observa en los casos graves. Lo atribuimos por sobre todo, a la infección pancreática exactamente como atribuimos el colapso de las angiocolitis severas, no tanto a la oclusión biliar y a la ictericia, como a la infección hepatobiliar. Se pueden inyectar enormes cantidades de jugo pancreático al torrente circulatorio sin provocar reacciones mayores, siempre y cuando el líquido inyectado sea aséptico. Por otra parte, está bien demostrado que la gravedad de la reacción pancreática no guarda relación con las cifras que traducen el quantum de las diastasas circulantes.

El llamado *tratamiento médico* de la pancreatitis aguda está destinado a corregir los trastornos que derivan de la crisis pancreática y a controlar si es posible, las causas que la determinan (inflamación infecciosa de la región ampular, hipertonia del esfínter de Oddi). Para cumplir con este último propósito están fundamentalmente indicados los *antibióticos*. Se puede usar la Penicilina asociada a la Estreptomina, a altas dosis, o de preferencia, las Tetraciclinas o el Cloramfenicol. A los *corticoides* y la *hidrocortisona*, cabría reconocerles una acción antiinflamatoria beneficiosa.

Si la crisis se hace con shock (hipotensión arterial), corresponde reiterar las *transfusiones de sangre y de plasma*.

La *intubación nasogástrica con aspiración continua*, está plenamente justificada: descomprime al tubo digestivo superior y sustrae el jugo gástrico, con lo que se reduce la secreción pancreática, por cuanto la liberación de secretina ocurre recién cuando el jugo gástrico toma contacto con la mucosa duodenal.

El dolor de la crisis se reduce con la atenuación correlativa del proceso inflamatorio ampular; de ahí que los antibióticos se comporten como agentes antálgicos primordiales de la crisis pancreática. El sulfato de magnesio, la atropina y ciertos fármacos derivados del piramidón asociados a parasimpaticolíticos (*Buscapina*, *Sertal*) tienen asimismo una rápida acción antálgica.

Gran boga han ganado los *inhibidores enzimáticos* en el tratamiento de la pancreatitis aguda. El agente más usado sigue siendo el *Trasyolol*. Carece de acción sobre las alteraciones ampulares que desencadenan la pancreatitis, ni modifica la necrosis pancreática. Su acción benéfica como inhibidor, se vuelve por demás aleatoria, si se acepta que la pancreatitis aguda y sus derivaciones fisiopatológicas, no entrañan una enfermedad enzi-

mática. El desborde enzimático no es causa del colapso y por otra parte, el Trasylol no modifica la curva de las diastasas circulantes en el curso de las crisis pancreáticas. Con o sin Trasylol, estas curvas son rigurosamente superponibles.

En definitiva, pensamos que la evolución de la pancreatitis aguda es casi equiparable con o sin el empleo de Trasylol. No se hace mención de fenómenos de intolerancia imputables a los antienzimáticos. Lo que se discute o se niega, son sus presuntas virtudes terapéuticas.

Según se verá más adelante, nosotros no lo usamos sino por excepción y sólo a ruego de algún colega que deseara no omitir nada que pudiera tener alguna acción útil; por otra parte, en el medio hospitalario el uso de los inhibidores resulta excesivamente oneroso como para que tengan entrada en la práctica.

Todo cuanto se apunta más arriba, es cuanto corresponde poner en juego precozmente para curar la crisis de pancreatitis aguda. *El enfermo debe ser internado desde el comienzo*, para su mejor control, y el tratamiento debe ser puesto en marcha desde que se comprueba la existencia de la reacción pancreática (en base al cuadro clínico, a la radiografía simple del abdomen en posición ortostática y al dosaje de la amilasa en sangre y en orina). El hemograma, la cifra del hematócrito, el control de la presión venosa central y de la presión arterial periférica, darán informaciones útiles a la justificación de ciertas indicaciones terapéuticas. En las crisis severas todos los recursos deben ponerse rápida y sucesivamente en juego.

En las crisis leves, el reposo, la intubación, los parasimpaticolíticos y los antibióticos, precozmente instituidos, suelen ser suficientes. En las crisis severas deben agregarse las transfusiones; los corticoides y la hidrocortisona pueden también ser útiles.

Sea como sea, *el tratamiento médico tiene en general una rápida acción curativa de la crisis pancreática*. Primero se atenua el dolor y el colapso, luego desaparece el íleus. La sensibilidad epigástrica es lo que persiste por mayor tiempo. Con la declinación de la crisis, las unidades diastásicas alcanzan valores normales.

La operación, destinada a corregir las alteraciones que engendran la reacción pancreática, puede ser diferida en la mayoría de los casos. Y es preferible que así sea, para dar más fácilmente cuenta de las alteraciones canaliculares que provocaron la crisis pancreática y mantienen la pancreatitis al estado crónico. La operación en frío se justifica plenamente para evitar las recaídas de pancreatitis aguda, que muy probablemente han de producirse si no se borran las alteraciones que modifican el confluente biliopancreático.

En general, el momento operatorio llega después de corridas cuatro o seis semanas a partir de la última crisis, tiempo más que suficiente para hacer algunos estudios necesarios al mejor conocimiento de las condiciones patológicas del enfermo: sondeo duodenal, colangiografía endovenosa; hepatograma, con determinación en especial de la bilirrubinemia para despistar alguna hipertensión biliar. Radiografías contrastadas, gastroduodenal y del colon, pueden ser útiles para conocer alguna impresión provocada por tumefacción pancreática o pseudoquistes. La radiología puede además denunciar alguna lesión gástrica o duodenal, que pudiera correlacionarse con la pancreatitis (úlceras esteroidizadas hacia el páncreas, divertículo yuxtavateriano del duodeno, fístula colecistoduodenal).

Cuando llega el momento de operar, la colecistectomía, si es que ya no se ha realizado en operación anterior, es indispensable; la coledocotomía se impone y casi siempre está indicado efectuar una esfinteropapilotomía, para tratar una papilitis estenosante y para poner a plano una ampolla de Vater crónicamente inflamada, con lo que se tiene oportunidad además de reconocer el poro pancreático y, si acaso, proceder a su debriamiento.

La esfinteropapilotomía transduodenal es recurso de necesidad cuando la pancreatitis coincide con un cálculo ampular. La esfinteropapilotomía puede también rendir beneficios en alcoholistas que hacen una pancreatitis con duodenitis y papilitis estenosante; después de la operación estos enfermos deben abstenerse en absoluto de tomar alcohol, de lo contrario pueden hacer recaídas muy graves.

La operación que terminamos de resumir se hace en frío, en plena desfervecencia, cuando en el hilio hepático y en el duodenopáncreas han desaparecido en buen grado la congestión y el edema de la crisis pancreática última.

Desgraciadamente no siempre la operación se puede hacer en condiciones ideales, en frío. Por fortuna, son minoría los casos en los cuales la operación está indicada en agudo, en plena crisis. *En agudo, la operación se impone en circunstancias bien determinadas.* Estas circunstancias pueden resumirse según se expresa a continuación:

a) La operación en agudo se impone en caso de diagnóstico imposible o dudoso, y cuando la pancreatitis aguda coincide con un padecimiento visceral del abdomen, que obliga a operar de urgencia.

Así ocurre cuando la pancreatitis aguda coincide con la colecistitis aguda obstructiva, o cuando la crisis pancreática coexiste con una violenta angiocolitis aguda. Por lo que hace a esta última circunstancia, recordamos que hemos debido operar

un quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares, con grave angiocolitis y pancreatitis aguda concomitante. La operación consistió en un tratamiento tripolar: drenaje del quiste, coledocotomía y esfinteropapilotomía.

Algunas colecistitis agudas obstructivas observadas por nosotros, han coincidido con pancreatitis. En estos casos, a la colecistectomía ha seguido la coledocotomía.

Cuando se llega a la laparotomía por error de diagnóstico, las cosas son bien distintas: es recién durante la operación que se descubre la pancreatitis, hasta con manchas de esteatonecrosis. Entendemos que en estas circunstancias, el cirujano no debiera desentenderse de la real existencia de la pancreatitis; algo útil puede hacerse con arreglo a las posibilidades que brinden las condiciones locales (colecistostomía, coledocotomía) y en relación con el mecanismo presuntivo de la crisis pancreática.

b) Deben ser operadas en agudo las pancreatitis que lejos de mejorar, empeoran progresivamente. Estas son las pancreatitis que ofrecen cuadros terribles, muy difíciles de resolver. Con todo, la operación urgente puede ser el único recurso salvador. La mayoría de las pancreatitis agudas que no mejoran, son aquellas que han demorado en exceso en acudir a un centro debidamente informado. Por días o semanas, sin diagnóstico apropiado, el tratamiento más que inoperante ha resultado inapropiado o dañoso. Cuando ingresan lo hacen en muy malas condiciones. Con una necrosis extendida del páncreas, con una diabetes incontrolable, con una manifiesta tumefacción pancreática, con un acusado íleus paralítico. El tratamiento médico bien poco puede en tales casos y la operación urgente cuenta asimismo con muy pocas probabilidades de éxito. Inútil empeñarse en la esperanza de que los inhibidores enzimáticos y los antibióticos tengan una acción milagrosa. En ciertos casos de este grupo, las constancias operatorias (necrosis subtotal del órgano, con flemón peripancreático) dicen bien claro que la única terapéutica lógica podría ser la pancreatectomía total. Desgraciadamente es muy importante operación; son muy pobres las condiciones que ofrecen tales enfermos.

c) Deben también operarse en agudo las pancreatitis que hacen crisis agudas sucesivas o subintrantes, con mayor razón aún si tienen manifiesta ictericia. De este grupo hemos operado algunos enfermos. Las intervenciones en estos casos no nos han dado más que satisfacciones.

d) Deben operarse en agudo, las pancreatitis que ingresan con peritonitis, sea esta última pancreática (derrame de jugo pancreático) o biliopancreática (derrame bilioso, rico en fermentos pancreáticos). Son casos en los cuales nada cabe es-

perar del tratamiento médico como no sea el que corresponde a la reanimación, destinado a preparar rápidamente al enfermo para la operación inmediata.

e) Deben por último, operarse en agudo las pancreatitis que llegan con flemón peripancreático, sea que apunte al epigastrio o hacia la fosa lumbar izquierda. En estas circunstancias la operación urgente se limita al simple drenaje de la colección purulenta.

En términos generales y salvo excepciones de casos muy apropiados, la operación urgente, de necesidad, está sólo dirigida a hacer algo útil, que pueda posibilitar la remisión de la crisis que escapa a la acción del tratamiento médico. Hacen excepción quizás a este criterio general, las pancreatitis recidivantes, con crisis subintrantes, en las cuales la operación puede tener carácter radical.

En agudo, la operación podrá resultar insuficiente, incapaz de asegurar una curación radical. Una reoperación posterior, en frío, podrá ser indispensable.

Con el criterio expresado, la operación en agudo no solamente podrá ser bien tolerada sino que, además, puede rendir apreciables beneficios. Según los casos, esta operación podrá limitarse al drenaje biliar externo, vesicular o, de preferencia, coledociano. Según se acaba de señalar, salvo en casos muy apropiados, podrá llegarse a la esfinteropapilotomía.

RESULTADOS

Para apreciar los resultados obtenidos con el tratamiento de la pancreatitis, contamos con una serie de 42 *observaciones anatómicamente comprobadas* y seguidas por tiempo suficiente como para valorar los resultados alejados. ,

Considerando que las pancreatitis agudas deben ser tratadas precozmente y de forma apropiada, hemos dividido a los enfermos de esta serie en dos grupos: *grupo A*, que corresponde a las pancreatitis atendidas por nosotros desde el comienzo y *grupo B*, integrado por enfermos descuidados, mal tratados, que llegaron, casi todos, a la clínica, semanas después de iniciada la crisis; en general, en pésimas condiciones.

Pancreatitis agudas, anatómicamente comprobadas	42
Grupo A (enfermos atendidos desde el comienzo)	
Con tratamiento médico:	
Curaron (incluido 1 caso operado por error, laparotomía simple)	26

Curaron la crisis, pero quedaron con pseudoquistes	4
Fracasó (debieron operarse en agudo)	5
Coledocotomía simple	1
Esfinteroplastia	4
Total	35

2 casos no recibieron el tratamiento médico (curaron los 2):

1 ingresó con peritonitis biliar, coledocotomía e íleon agudo. Seis meses después, en frío, debió hacerse esfinteropapilotomía	2
Total	37

Resultado del tratamiento médico:

Curación completa de la crisis	72%
Comprendidos los éxitos relativos (con pseudoquistes)	83%

Todos los enfermos de este grupo fueron operados en frío; a todos se les hizo esfinteropapilotomía. *Curaron todos menos uno*, operado en frío, que falleció con una mediastinitis, controlada un mes después de la operación, en la que también se hizo la cura radical de una hernia por el hiatus. Curaron todos los operados en agudo.

Mortalidad operatoria de este grupo

Grupo B (enfermos descuidados, que ingresaron con retardo, sujetos a tratamientos inapropiados)

5

Fallecidos

3

1 ingresado después de 40 días, con necrosis masiva del páncreas.

1 ingresado después de 60 días, con necrosis masiva del páncreas.

A ambos se le hizo simple **coledocotomía** y drenaje abdominal.

1 ingresado al 4º día, pero en el que insistimos en exceso con el tratamiento médico, cuando aún no estábamos muy convencidos de las ventajas de operar en agudo a ciertos casos (1959). La operación, que reconoció una necrosis masiva del páncreas, se limitó a una **simple laparatomía**.

Curaron

2

1 que ingresó después de 15 días con un **flemón retroperitoneal**, que se drenó. Esfinteropapilotomía 60 días más tarde.

1 que ingresó 25 días después de iniciada la crisis, con **flemón epigástrico**, a evolución anterior, intergastrocólico. La operación consistió en coledocotomía, esfinteropapilotomía y drenaje del foco supurativo.

Mortalidad operatoria de este grupo (como antaño)

60%

Grandes cambios se han registrado en los últimos veinte años. Cambios que atestiguan el progreso incesante de la medicina y de la cirugía en particular. Avances imputables en el caso de la pancreatitis aguda, a:

- 1) progreso en el conocimiento de la fisiopatología del proceso en cuestión;
- 2) al aporte de los antibióticos y del banco de sangre y plasma;
- 3) al progreso en la técnica operatoria que ofrece operaciones con sentido fisiopatológico, oportunamente realizadas con buena anestesia.