

(Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. A. Chifflet)

DUODENO PANCREATECTOMIA POR PANCREATITIS CRÓNICA Y SEUDOQUISTE CEFÁLICOS (*)

Dres. Carlos Ormaechea y Raúl Praderi

La pancreatitis crónica sigue siendo uno de los problemas difíciles de la cirugía abdominal.

Su patogenia no es clara, sobre todo cuando se inicia con formas crónicas sin litiasis biliar. El diagnóstico clínico es a veces difícil en las etapas iniciales.

Referiremos la historia de un paciente que además de encontrarse en esas dos situaciones presentó ulteriormente tres complicaciones de su pancreatitis: ictericia obstructiva con sondeo en blanco; formación de un pseudoquiste cefálico y hemorragia duodenal.

Creemos que puede ser de interés revisar la patogenia de estas y los problemas de diagnóstico y táctica operatoria que se nos plantearon durante su asistencia.

HISTORIA. — J. A. D. L. — Nº 68.752 Hospital de Clínicas. 39 años, sin antecedentes de importancia que ingresa a la Clínica Quirúrgica "A" el 1/4/958 por cólico hepático prolongado. Mejora con tratamiento médico.

Dado de alta se completa su estudio, encontrando una vía biliar normal (colecistograma, biligrafina) y gastroduodeno sin particularidades. El quimismo gástrico mostró una aclorhidria.

Dos meses después (2 - 6 - 958) ingresa por una ictericia obstructiva, fría, con algunos dolores e hipocolia casi total. Hígado grande, no se palpa vesícula. Se obtuvo muy poca bilis en un primer tubaje, y el segundo sondeo duodenal fue en blanco.

El examen funcional hepático confirmó la obstrucción biliar con poca insuficiencia hepática.

El paciente estaba desmejorado y desnutrido. Se operó con diagnóstico primario de ictericia neoplásica.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la ½ hora previa el día 28 de setiembre de 1960.

1ª OPERACION. — 11/6/958 - Dres. R. Praderi, C. Ormaechea y D. Lataro.

Anestesia general. Paramediana transrectal derecha. Vesícula tensa sin cálculos. Hígado de estasis, colédoco dilatado, tumor pancreático cefálico duro que levanta el antro gástrico. Se explora practicando abertura de la retrocavidad, decolamiento del ángulo cólico derecho hacia abajo y retroduodenal hasta la cava. El cuerpo y cola del páncreas están indurados uniformemente pero no tienen aspecto tumoral. Se hace biopsia en el límite de la masa tumoral sobre el cuerpo del páncreas.

Se punciona el tumor en la parte media cayendo en una cavidad quística. Viene líquido parduzco. Se hacen punciones y frotis en dos lugares más de la cabeza pancreática obteniendo líquido hemático. Con la impresión de que se trataba de un tumor pancreático se practica una colecistoyunostomía término-terminal transmesocólica sobre asa desfuncionalizada en Y de Roux.

La vesícula contenía bilis obscura y el cístico era permeable.

POST-OPERATORIO. — Sin incidentes; se recuperó rápidamente curando de su ictericia. Alta en buenas condiciones a los doce días de operado.

La biopsia pancreática, el examen del líquido del quiste y los dos frotis obtenidos por punción mostraron elementos inflamatorios, pero ningún signo sospechoso de malignidad.

Fueron informados respectivamente por los Dres. Aguiar y Paseyro.

El 28/7/958 un mes y medio después de esta operación reingresa por cuadro doloroso de hemiventre superior, acompañado de vómitos y melenas desde una semana antes del ingreso.

No tiene ictericia ni ha rebajado de peso. Anemia de 2.500.000 glóbulos. El estudio radiológico de gastroduodeno muestra la parte alta de la segunda porción duodenal estrechada y de aspecto irregular. Se piensa en una lesión sangrante neoplásica o ulcerosa y se resuelve intervenir preparándolo con transfusiones.

2ª OPERACION. — 13/8/958 - Dres. C. Ormaechea y R. Praderi. Pte. Delgado.

Anestesia general. Dres. Schleter y Grünwald. Se entra por la misma incisión. Hay adherencias que se liberan. Las anastomosis colecistoyeyunal y yeyunoyeyunal están en buenas condiciones, no hay bridas ni acodaduras.

La masa cefálica pancreática ha aumentado a expensas del quiste que ha crecido mucho hacia la derecha. Se palpa a través del duodeno una masa vegetante a nivel de la papila, lo cual se confirma por duodenotomía. Hecho el diagnóstico de neoplasma de ampolla de Vater se practica una duodenopancreatectomía cefálica.

La exéresis es muy laboriosa por estar adheridos todos los planos de decolamiento liberados en la primera operación.

El grueso quiste situado en el cuello del páncreas es solidario de

la vena porta, por eso es necesario resecarlo en dos fragmentos. Se restablece la continuidad por wirsungyeyunostomía a la manera de Cattell sobre tubo plástico radiopaco en el asa anastomosada a la vesícula en la operación anterior.

Como la intervención muy laboriosa se ha prolongado preferimos dejar la derivación biliar como está y no utilizar el colédoco cuyo cabo se liga. A su vez el hecho de tener el paciente una aclorhidria, nos permite practicar una gastroyeyunostomía término lateral total en la primer asa yeyunal sin riesgo de provocar un ulcus péptico. Cierre de pared.

POST-OPERATORIO. — Sin incidentes. Se trató con Metantelina para inhibir la secreción pancreática. En los controles radiológicos se vio en posición el tubo del Wirsung que expulsó a los 15 días. Un estudio radiológico ulterior mostró el tránsito normal por las anastomosis. Aumentó de peso.

Lleva más de 2 años de la segunda operación. Ha sufrido trastornos nutritivos provocados por su aclorhidria e insuficiencia pancreática, que han mejorado con ácido clorhídrico y fermentos. Actualmente está bien.

El estudio anatómico de la pieza realizado por el Dr. Aguiar dice así:

“El duodeno ha sido abierto longitudinalmente; en la zona correspondiente a la ampolla de Vater. Se reconocen por la cara mucosa, tres saliencias mamelonadas de un centímetro de diámetro aproximadamente cada una, de color vinoso. El páncreas cefálico engrosado, con marcada esclerosis y edema presenta en su parte central una cavidad irregular, anfractuosa limitada por una pared de aspecto necrótico con infiltración hemorrágica.

El colédoco es delgado y cateterizado hacia abajo aparece completamente obstruido.

Los cortes transversales hechos a nivel de la ampolla muestran la conservación completa de la mucosa duodenal y por debajo de ella se observa (a nivel de los mamelones) una masa blanquecina y friable que se pierde paulatinamente en el área necrosada de tejido pancreático.

En la histología de varios fragmentos se observa un proceso inflamatorio difuso del páncreas en distintas etapas evolutivas con focos de necrosis, hemorragia, infiltración leucocitaria y marcada reacción fibroesclerosa. En medio de este proceso se ven algunos fragmentos de acinos pancreáticos y canales escretorios dilatados.

La mucosa duodenal presenta un proceso inflamatorio catarral con hipersecreción mucosa y marcada congestión intersticial. No se reconocen elementos sospechosos de malignidad. Se trata de una pancreatitis crónica cefálica con signos evolutivos.

COMENTARIO.

Lo más interesante de esta historia es la asociación poco común de las tres complicaciones de la pancreatitis crónica a que antes nos referimos. Las veremos por separado:

Ictericia. Es una complicación conocida: Fraser (8) en 1.035 casos de ictericia provocada por enfermedad pancreática encuentra un 23% causadas por pancreatitis crónicas pero sólo el 6% eran de gran intensidad.

El sondeo en blanco por esta enfermedad (sin litiasis) es excepcional, así lo establece la regla de Brule (4) y Varela López (22) nos lo ha confirmado con su gran experiencia.

Quiste cefálico e ictericia. La existencia de un quiste cefálico que comprima el colédoco es muy rara y *no parece hacerlo directamente sino por la pancreatitis asociada.* La coexistencia de quiste e ictericia se vio en 11 de 104 casos según Takayasu; en 10 de 200 según Muller (Citados por Brunschwig) (3) y en 9 de los 121 casos de Körte (Citado por Cattell) (6) en los cuales el quiste provocaba directamente la obstrucción coledociana.

En cambio, en la serie de Waugh (23) de 58 enfermos, 5 tenían ictericia pero en algunos era provocada por litiasis coledociana asociada.

Es decir que la asociación quiste-ictericia sin litiasis no siempre tiene relación de causa a efecto.

Sibel (19) analiza los casos publicados por varios autores (1, 5, 6, 7, 9 y 16) entre los cuales sólo el propio y los de Carter y Slattery (5) y Cattell y Warren (6) serían ictericias por compresión quística. Habría que agregar los ya citados por Körte y el de Rienhoff (18) publicado recientemente.

En todos los otros como en nuestro enfermo la obstrucción coledociana es consecuencia de la pancreatitis.

Hemorragia. — La asociación de una hemorragia digestiva a un quiste pancreático puede producirse por distintos mecanismos. Puede ser la ruptura del quiste en el estómago, duodeno o colon con erosión de un vaso importante; como en los casos de Berkay (2), Hess (10) y Trías (21) o como en el enfermo de Marión (15) en el que se hizo diagnóstico de aneurisma de aorta roto.

Otra patogenia es la hemorragia por várices esofágicas provocadas por trombosis porto esplénica en la vecindad del quiste; como en los casos citados por Leger (12), Malet Guy (14) y Spotoft (20). Quedaría la asociación con una úlcera gastroduodenal como señala Hunt (Leger) (13) o con una cirrosis con hipertensión portal.

Pero no hemos encontrado mención del mecanismo causal de

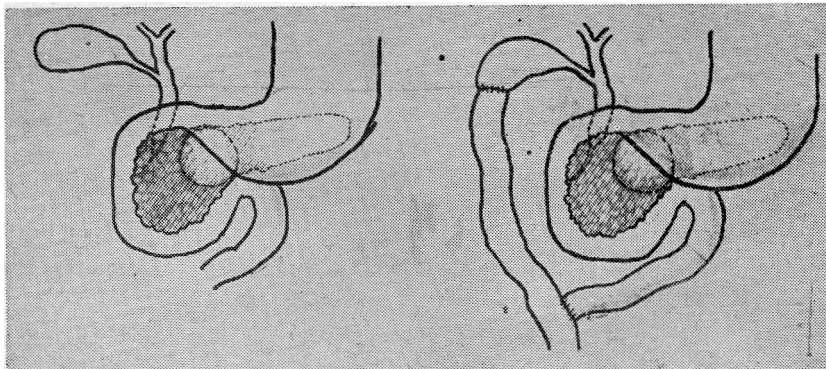


Fig. 1. — Aspecto de las lesiones encontradas en la primera operación y la derivación practicada.

la hemorragia que tenía nuestro enfermo. Mamelones sangrantes formados por abscesos pancreáticos que desplazaban la pared del duodeno simulando un tumor vegetante.

Hemorragia digestiva e ictericia. Coincidencia aún más rara sobre la cual hay muy pocas citas.

Trías Puyol (21) refiere la historia de un paciente (caso N° 2) con signo de Courvoissier Terrier, ictericia fría y quiste pancreático, el cual murió de una hematemesis. No explica la causa de la hemorragia como tampoco lo pudo hacer Hardy (9) en un caso similar (N° 6). El caso N° 3 de Doubilet y Mulholland (7) era similar, ictericia, quiste y hemorragia pero esta última era provocada por várices esofágicas.

DIAGNOSTICO. — Nosotros hicimos el de lesión pancreática cefálica con obstrucción coledociana, sin litiasis (pues había estudios previos que la descartaban). En la primera intervención se creyó que era un cáncer de páncreas pero las biopsias demostraron el error.

En la segunda operación pese a ello se volvió a hacer diagnóstico de tumor pancreático por las formaciones mamelonadas que existían en la luz del duodeno. Nuevamente el estudio de la pieza descartó la neoplasia.

TACTICA QUIRURGICA. — El diagnóstico diferencial entre cáncer y pancreatitis es difícil incluso con el vientre abierto. Cattell (6) practica la exéresis duodeno cefálica en los casos com-

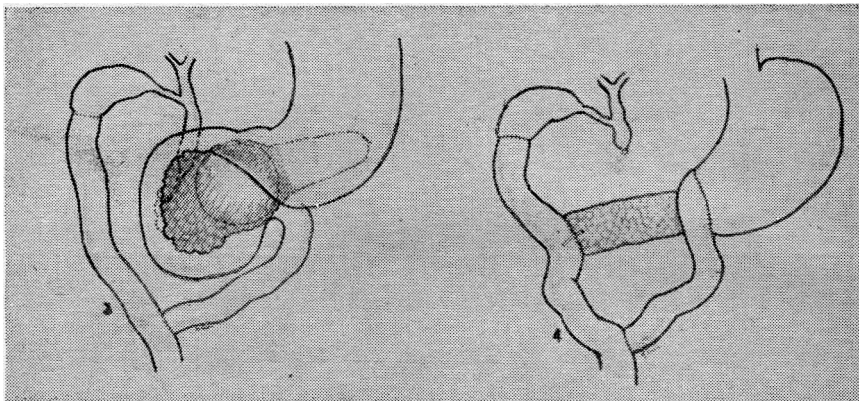


Fig. 2. — Se ve el quiste tal como estaba an la reintervención y luego de la excéresis las derivaciones practicadas.

plicados como el nuestro cuando hay ictericia, quistes o dudas diagnósticas. Es posible la presencia de bolsas por detrás de un tumor, o la existencia de neoplasmas pseudoquísticos.

De esta manera se extirpa y examina toda la pieza patológica; se deja el páncreas sano y se anastomosan los dos canales obstruídos (pancreático y biliar).

La mortalidad y complicaciones operatorias no son hoy muy grandes.

En cuanto a la derivación biliar en un primer tiempo permite mejorar al enfermo, desde luego que la colecistoyeyunostomía no es el ideal pero ya aclaramos la razón por la que se hizo.

Hay un caso publicado por Körte (11) con una lesión similar a la cual también por error de diagnóstico se derivó así.

La liberación de la cabeza del páncreas para tomar biopsias hizo perder la virginidad de las fascias de acolamiento, precio que pagamos con una disección laboriosa en la reintervención.

Las adherencias del quiste pancreático a la porta contribuyeron a dificultar la disección. Doubillet y Mulholland (7) citan un caso en el que por esa razón no pudieron sacar el páncreas.

No olvidamos que existen otros procedimientos para tratar los quistes pancreáticos; ellos fueron expuestos detalladamente en esta Sociedad por Piquinela (17).

Los autores franceses Mallet Guy (14), Leger (13), han practicado con éxito la pancreatectomía izquierda pero no creemos que fuese indicada en este enfermo en el que la única parte sana del órgano era la cola y en el cual las obstrucciones duodenal y coledociana hubieran requerido procedimientos asociados de derivación.

R E S U M E N

1. Se presenta un caso de pancreatitis crónica complicada por un quiste cefálico, ictericia obstructiva, hemorragia digestiva y estenosis duodenal.
2. Se analizan estas complicaciones destacando la curiosa patogenia de la hemorragia.
3. Se discute la dificultad de diagnóstico etiológico intraoperatorio y el tratamiento de la lesión por duodeno-pancreatectomía.

B I B L I O G R A F I A

1. ADAMS, R.; NISHIJIMA, R. — "Surgical Treatment of Pancreatic Cyst". Surg. Gynec. Obst., 83: 181; 1946.
2. BERKAY, F. — "Pseudocyst of the pancreas and external drainage". Jour. Inter. Coll. Surg., 11: 402; 1948.
3. BRUNSCHWIG, A. — "The Surgery of Pancreatic Tumors". St. Louis, C. V. Mosby, 1942.
4. CAROLI, J. — "Les icteres par retention". París, Masson et Cie., 1956.
5. CARTER, F.; SLATERY, L. — "Factors influencing the management of pancreatic cysts". Surg. Clinics of North America 27: 411; 1947.
6. CATTELL, R.; WARREN, K. — "Surgery of the Pancreas". Philadelphia, W. B. Saunders, 1953.
7. DOUBILET, H.; MULHOLLAND, T. — "Pancreatic Cysts". Surg. Gynec. Obst. 96: 683; 1953.
8. FRASER, J. — "The surgical treatment of obstructive jaundice in pancreatic disease". Brit. Jour. Surg. 26: 393; 1938.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

9. HARDY, J.; BOWLIN, J. — "Algunas complicaciones de las enfermedades pancreáticas". Anales de Cirugía 1: 780; 1957.
10. HESS, W.; RUTTE, B. — "Die Intermittierende Und Perforierende Pancreacyste". Schweiz. Medicin. Wschrft 80: 476; 1950.
11. KÖRTE, W. — "Zurbehandlung Der Pancreaszysten Und Pseudozysten" Deutsche Med. Wchnschr. 37: 536; 1911.
12. LEGER, L. — "Hemorragies digestives d'origine pancreatique". Arch. Mal. App. Dig., 48 - N° 7-8 Bis (supl.): 199; 1959.
13. LEGER, L.; BREHANT, J. — Chirurgie du Pancreas. Paris, Masson et Cie., 1956.
14. MALLET GUY, P. — "Hemorragies digestives d'origine pancreatique". Arch. Mal. App. Dig., 48 - N° 7-8 bis (Supl.); 189; 1959.
15. MARION, P.; DESGOUTTES, J. — "A propos des hématéméses au cours de l'evolution des pseudo-kystes du pancreas". Lyon Chirurgical 55: 135; 1959.
16. PINKHAM, R. — "Pancreatic collections (pseudocysts) following pancreatitis and pancreatic necrosis". Surg. Gynec. Obst., 80: 223; 1945.
17. PIQUINELA, J. — "Quiste recidivado de páncreas". Bol. Soc. Cir. Uruguay 29: 28; 1958.
18. RIENHOFF, W. — "An evaluation of pancreatic cysts treated at the Johns Hopkins Hospital". Surgery 47: 188; 1960.
19. SIDEL, V.; WILSON, R.; SHIPP, J. — "Pseudocysts formation in chronic pancreatitis". Arch. Surg., 77: 933; 1958.
20. SPOTOFT, J. — "Pancreatic Cysts. A case with a special symptomatology". Acta Chirg. Scandinavica 105: 271; 1953.
21. TRIAS PUYOL, J. — "Quistes pancreáticos perforantes recidivantes e intermitentes". Medicina Clínica 18: 29; 1952.
22. VARELA LOPEZ, J. — Comunicación personal.
23. WAUGH, J.; LYNN, J. — "Clinical and surgical aspects of pancreatic pseudocyst". Archives of Surgery 77: 47; 1958.