

# Secuestrectomía de urgencia en la pancreatitis aguda necroticohemorrágica

Dres. Luis A. Cazabán, Jorge W. Baldizán y Luis A. Carriquiry \*

Los autores presentan una observación de pancreatitis aguda necrótica-hemorrágica tratada por secuestrectomía pancreática de urgencia. Se establecen las directivas quirúrgicas principales, señalando la necesidad de actuar sistemáticamente sobre el polo biliar. La gastrostomía, la yeyunostomía de alimentación y el lavado peritoneal continuo postoperatorio, constituyen medidas terapéuticas complementarias importantes. El control postoperatorio exige el traslado de estos pacientes a una unidad de cuidados intensivos.

*Palabras clave (Mots clés, Key words) MEDLARS:* Pancreatitis / Surgery.

En el estado actual del conocimiento patológico de la pancreatitis aguda, es necesario detenerse para efectuar una correcta valoración de su tratamiento. La persistencia de una alta mortalidad, la gravedad de sus complicaciones, la dudosa eficacia de las antienzimas, justifican una revisión terapéutica. Los trabajos de Rettori y Granier (13) certificando la eficacia del tratamiento quirúrgico precoz, nos imponen precisar conceptos y establecer normas actuales, cuyos objetivos finales conduzcan a mejorar el pronóstico grave de la emergencia abdominal pancreática. La siguiente historia clínica ejemplifica nuestra posición actual.

*Historia clínica* Nº 382.794 O.Z.B.

Paciente de 43 años operado el 13/III/75 de una úlcera duodenal perforada. Se le realiza cierre simple y drenaje subhepático. En el postoperatorio inmediato retención gástrica de 1.300 cc. por día. El 20/III/75 presenta taquicardia, hipotensión arterial y sudoración. Al examen: abdomen depresible, doloroso en hipocondrio derecho, Douglas libre e indoloro. Temperatura rectal 38°5. Leucocitosis: 38.500. Azoemia: 1,65 gr/L. El 21/III/75 se encuentra obnubilado, febril, shockado, con lividez periférica y anuria. La radiografía de abdomen muestra una gran dilatación gástrica. Hipertermia de 39°5. Leucocitosis de 40.000. Somos llamados en consulta y se decide la reoperación con el diagnóstico de colección supurada intraperitoneal. Se traslada al paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos de IMPASA, donde se comprueban los si-

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 14 de mayo de 1975.

\* Profesor Adjunto de Cirugía Auxiliar y Asistente de Clínica Quirúrgica.

Dirección: José M. Montero 3035. Montevideo. (Dr. Cazabán).

*Clínica Quirúrgica "B" (Prof. Dr. Jorge C. Pradines). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.*

guientes hallazgos humorales: Hematocrito 30 %. Leucocitosis 26.000. V.E.S. 1ª hora 70 mm. Glicemia 1,50 gr %. Azoemia 3,80 gr/L.

Ionograma: Sodio 115 meq. Potasio 2,7 meq. Cloro 77,8 meq. Reserva alcalina 25,3 meq. Gasometría: pH 7,40, pCO<sub>2</sub> 43 mm, pO<sub>2</sub> 90 mm.

Exceso de bases: +4 Saturación Hb % 96,9.

23/III/75. *Reintervención:* Mediana supra y latero-umbilical. Se comprueba gran dilatación gástrica y pancreatitis aguda necrótica y hemorrágica predominando en la mitad inferior de la cabeza y cuerpo del páncreas. Se realiza sección del ligamento gastrocólico, descenso de la raíz del mesocolon transversal y secuestrectomía de toda la zona de necrosis, quedando los troncos venosos porta y mesentérica superior disecados por la lesión pancreática. El duodeno presenta una infiltración hemorrágica en su segunda porción, con paredes adelgazadas. La cola del páncreas no presenta lesiones necróticas. Drenaje de la logia pancreática a través del hiato de Winslow y del ligamento gastrocólico. Se explora el polo biliar, no encontrándose litiasis y se realiza una colecistostomía. Gastrostomía temporaria aspirativa y yeyunostomía de alimentación. Drenaje del Douglas y colocación a través de contraaberturas de ambos hipocondrios de dos tubos de polietileno para lavado peritoneal postoperatorio. Cierre por planos.

*Evolución postoperatoria:* Mejoría del estado general con normalización hemodinámica y descenso de las cifras de leucocitos a valores normales. Apirexia. Persistencia de la falla renal aguda que exige hemodiálisis día por medio. A los veinte días recuperación gradual de la función renal. Desde el punto de vista digestivo persiste una retención gástrica importante secundaria a una estenosis duodenal por el proceso pancreático. La alimentación por yeyunostomía permite mantener al enfermo bien equilibrado. La colangiografía muestra una normalización de las vías biliares. A los 30 días hemorragia digestiva cataclísmica que exige una reposición sanguínea de 10 volúmenes en el plazo de 3 horas. La intervención muestra una úlcera de cara posterior del duodeno que rodea la gastroduodenal. Ligadura de la arteria y sutura del lecho ulceroso. Buena evolución postoperatoria.

## COMENTARIO

En primer lugar, debemos efectuar una netta separación entre la pancreatitis aguda ede-

matosa y la pancreatitis aguda necrotizante. Precisamente de la reunión de ambas entidades surge la eficacia del tratamiento médico, de gran valor para la pancreatitis edematosa, con solo 10 % de mortalidad. En cambio, llega hasta el 50 % de mortalidad en la pancreatitis aguda necrotizante hemorrágica (4).

Por consiguiente, la pancreatitis aguda edematosa no debe operar excepto cuando exista un diagnóstico dudoso o se asocie a una afección biliar. En cambio, si se quiere mejorar el pronóstico mortal de la pancreatitis aguda necrotizante hemorrágica, debe buscarse en el terreno quirúrgico tal posibilidad (1, 10, 11).

En segundo lugar, la presencia de una lesión irreversible pancreática, como la necrosis, rebelde a toda terapéutica médica y capaz de establecer una reacción en cadena liberando y activando enzimas proteolíticas y vasoactivas, exige un tratamiento precoz y radical de la lesión. Solamente la exéresis de los focos necróticos plantea una solución terapéutica eficaz. Los trabajos de Edelman (6), Hollender (7) y Rettori (13), certifican la eficacia del tratamiento quirúrgico precoz aplicado a toda lesión necrótica pancreática (8, 9).

Por lo tanto, creemos que hoy día, el tratamiento de la pancreatitis aguda necrótico-hemorrágica debe ser médico-quirúrgico.

Sobre el tratamiento médico, solo mencionaremos las directivas generales por no ser el objetivo fundamental de nuestro estudio calmar el dolor, combatir el shock, neutralizar las enzimas circulantes, inhibir la secreción pancreática, prevenir la infección, corregir los trastornos metabólicos y por último combatir las complicaciones respiratorias (18).

En cuanto a las directivas del tratamiento quirúrgico tiene como meta esencial la supresión de todo foco de necrosis de la glándula pancreática. Este hallazgo lesional, fundamental, bajo la forma de necrosis unifocal, plurifocal o infarto masivo, rige la conducta operatoria: secuestrectomía, pancreatectomía parcial o total (5). De estos procedimientos, la secuestrectomía es la mejor operación, por su simplicidad y por ser muchas veces la única realizable (2). Las pancreatectomías regladas son de aplicación excepcional por su ejecución difícil, con alto riesgo quirúrgico (3, 12, 15, 17).

Una vez resuelto el foco pancreático, se debe actuar sistemáticamente sobre la vía biliar, eliminando todo obstáculo que incida sobre el libre flujo biliar hacia el duodeno, y realizar una derivación biliar externa mediante una coledocostomía o colecistostomía, en presencia o no de litiasis.

Nuestra directiva está dirigida también hacia la cavidad peritoneal eliminando los factores químicos de la agresión peritoneal de la pancreatitis aguda necrotizante hemorrágica. Se realiza la limpieza minuciosa de la misma, aspirando las colecciones de exudados y colocando múltiples avenamientos: hipocondrio derecho e izquierdo y fondo de saco de Douglas (16). Actualmente utilizamos el lavado peritoneal continuo postoperatorio como for-

ma de remover elementos tóxicos y contaminantes (14).

También en nuestra primera intervención debemos prevenir la gran distensión gástrica que si no está presente, sucederá en los primeros días del postoperatorio. Para ello se debe plantear la gastrostomía temporaria, cuya realización concreta, en cada caso clínico, dependerá de la entidad del íleo, la edad del paciente, la gravedad lesional pancreática y el estado hemodinámico. La yeyunostomía de alimentación en un paciente que no tolerará la vía oral por varios días encuentra aquí una indicación precisa.

La gravedad de estos pacientes, la entidad del acto quirúrgico, las complicaciones propias de la lesión necrótica (fístula, supuración) exigen cuidados postoperatorios complejos y prolongados. Por ello, es indispensable una terapéutica precisa e intensiva, tendiente a evitar la reactivación del proceso pancreático, a combatir la infección, a compensar los trastornos metabólicos e hidroelectrolíticos. En una primera fase, el sostén respiratorio y circulatorio es de fundamental importancia y por consiguiente, el traslado de estos a un centro de cuidados intensivos es necesario en el postoperatorio inmediato.

## RESUME

### Séquestrectomie d'urgence dans la pancréatite aigue nécrotico-hémorragique.

1) Présentation de la première observation publiée de pancréatite aigue nécrotico-hémorragique traitée par séquestrectomie pancréatique d'urgence dans notre pays. 2) Principales directives chirurgicales, où l'on signale la nécessité d'agir systématiquement sur le pôle biliaire. 3) Gastrostomie, jéjunostomie d'alimentation et lavage péritonéal continu post-opératoire, représentent des mesures thérapeutiques complémentaires importantes. 4) Le contrôle post-opératoire implique le transfert de ces malades à un centre de traitements intensifs.

## SUMMARY

### Emergency sequestrectomy in acute hemorrhagic-necrotizing pancreatitis.

Report of the first published case of acute necrotizing-hemorrhagic pancreatitis treated by removing of pancreatic sequestra, in our country. The authors make a plea for this operation and note the indications and surgical technique, pointing out the need to act systematically upon the biliary tract. Gastrostomy, feeding jejunostomy and continuous peritoneal lavage, are useful complementary therapeutic measures. The postoperative course of these patients must be followed in an intensive care unit.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANDERSON MC. Surgical intervention in acute pancreatitis. *Surg Gynecol Obstet*, 120: 1301, 1965.
2. BOUTELIER P, EDELMAN G. Tactique chirurgicale dans les pancréatites aigues necrosantes. Plaidoyer en faveur des secuestrectomies. *Ann Chir*, 26: 249, 1972.

3. COLIN R, LAPEYRIE H, DOSSA J. La pancreatectomie précoce dans les pancreatites aiguës nécrotiques. *Mem Acad Chir*, 94: 827, 1968.
4. CHAU A, GRIER WN, PFEFFER RB. Apoplexy pancreatic. *Am J Surg*, 97: 789, 1959.
5. DIACO JF, MILLER LD, COPELAND EM. The role of early diagnostic laparotomy in acute pancreatitis. *Surg Gynecol Obstet*, 129: 263, 1969.
6. EDELMAN G. Le traitement chirurgical des pancreatites aiguës necrosantes. *Ann Chir*, 26: 239, 1972.
7. HOLLENDER LF, GILLET M, SAVA G. La pancreatectomie d'urgence dans les pancreatites aiguës. *Ann Chir*, 24: 647, 1970.
8. HOLLENDER LF, KOHLER JJ, KLEIN A, GILLET M. A propos du traitement de la pancreatite aiguë necrotico-hemorragique. *Ann Chir*, 26: 649, 1972.
9. KHEDROO LG, CASELLA PA. Acute hemorrhagic pancreatitis: beneficial effects of primary excision of grossly necrotic pancreatic tissue. *Ill Med J*, 129: 61, 1966.
10. LATASTE J. L'intervention chirurgicale precoce dans les pancreatites aiguës. *Presse Med*, 74: 1875, 1966.
11. LAWSON DW, DAGGETT WM, CIVETTA JM. Surgical treatment of acute necrotizing pancreatitis. *Ann Surg*, 172: 605, 1970.
12. MERCADIER M. La pancreatectomie presque totale de gauche à droite: nouvelle tentative du traitement chirurgical de la pancreatite. *Mem Acad Chir*, 90: 84, 1964.
13. RETTORI R, GRENIER J. Traitement chirurgical et evolution precoce des pancreatites aiguës. *Congrès Français de Chirurgie*, 729.
14. ROSATO E, MULLIS WF, ROSATO F. Peritoneal lavage therapy in hemorrhagic pancreatitis. *Surg*, 74: 106, 1973.
15. TRAPNELL JE, ANDERSON MC. Role of early laparotomy in acute pancreatitis. *Ann Surg*, 165: 49, 1967.
16. WATERMAN NG, WALLSKY R, KASDAN ML, ABRAMS BL. The treatment of acute hemorrhagic pancreatitis by sump drainage. *Surg Gynecol Obstet*, 126: 963, 1968.
17. WATTS GT. Total pancreatectomy for fulminant pancreatitis. *Lancet*, 2: 384, 1963.
18. ZIMBER YG. Pancreatitis, principles of management. *Surg Clin North Am*, 48: 889, 1968.

## DISCUSION

DR. WALTER SUIFFET. — En el año 1950, tuvimos que asistir en la Sala Navarro del Hospital Maciel a un paciente que había sido operado de urgencia, practicándosele una colecistostomía por colecisto-pancreatitis aguda. Fue reintervenido dos veces, en el curso de una evolución azarosa, practicándosele la extracción de dos trozos voluminosos de tejido pancreático necrosado. Después de muchas alternativas, habituales en estos casos, el paciente curó y su estado actual es perfecto. Después de esta primera oportunidad, hemos realizado e indicado intervenciones secundarias destinadas a evacuar colecciones peripancreáticas y a extraer restos de parénquima pancreático necrosado. La indicación la hemos hecho en base a la persistencia de la fiebre, la leucocitosis, la actividad enzimática pancreática elevada y la repercusión sobre el estado general.

Consideramos muy importante distinguir lo que es pancreatectomía en agudo en las pancreatitis agudas en la primera intervención, de la evacuación de colecciones peripancreáticas con trozos de tejido necrosado. Son dos situaciones completamente distintas. La secuestrectomía es una intervención de indicación formal, que no debe de ser diferida cuando la evolución de los pacientes la indica. En cambio la pancreatectomía como intervención inicial de urgencia, constituye un punto muy discutido y desde luego de mucho riesgo, en la cirugía de la pancreatitis aguda.

Algo más que queremos hacer notar, es respecto a la indicación de la gastrostomía o yeyunostomía de

alimentación. Hemos visto crearse verdaderas fistulas debido a que la actividad necropancreática persiste y se produce una verdadera digestión de las suturas. Hay que meditar sobre su indicación, pues su realización puede crear situaciones que complican la evolución del paciente.

La comunicación presentada es muy interesante y útil para puntualizar algunos aspectos.

DR. EDUARDO ANAVITARTE. — Felicito al Dr. Cazaban por su comunicación y por el tipo de solución a un problema que se nos presenta con cierta frecuencia.

Voy a referirme brevemente a que, en las placas que que presentó se podía hacer el diagnóstico de pancreatitis aguda o de necrosis pancreática, porque son placas que son típicas, tienen una distensión colónica que se ve en una placa que pusieron de costado y en la primera también se ve el colon distendido, el estómago distendido y entre ellos una lámina de varios centímetros de ancho separando los dos órganos porque había edema y flemón pancreático. En cuanto a lo que se dijo con respecto a la secuestrectomía, puedo contar exactamente, un enfermo idéntico al que acaba de contar el Dr. Suiffet, pero eso sucedió en 1938 en la misma sala y fue un enfermo que también durante muchos años también no siguió saliendo. Tenía una necrosis pancreática con fistula gástrica y el diagnóstico primario que se había hecho, lo había hecho un distinguidísimo profesor que concurría a la clínica, fue el de neoplasma gástrico y el Dr. Navarro hizo diagnóstico de necrosis pancreática, se operó y tenía una necrosis pancreática donde los trozos de tejido necrosado venían también a la mano. Marchó bien. Lo seguimos durante muchos años. Actualmente debe haber fallecido porque debe haber pasado la edad límite de vida pero fue también un enfermo que marchó bien con una secuestrectomía que fue en ese caso diferida.

DR. LUIS A. CAZABÁN. (Cierra la discusión). — Queremos agradecer a los colegas que hicieron uso de la palabra y afirmar que el problema radica en determinar correcta y concretamente la oportunidad operatoria en estos enfermos.

En este enfermo el diagnóstico pudo hacerse antes de operarse, pero nos encandiló la leucocitosis de treinta mil y la hipertermia también sumamente elevada, que son signos que se ven en los focos necróticos pancreáticos.

Al margen de ello queremos establecer que la oportunidad operatoria, debe ser precoz: 24 a 48 horas después de instituido el tratamiento médico por varias razones: en primer término, este tipo de enfermo se opera en mejores condiciones de las que se operaba hace unos años. Desde el punto de vista respiratorio y hemodinámico, la reanimación es esencial. Rápidamente hacen compromiso renal como en nuestro enfermo. Por todo ello, el preoperatorio debe realizarse en una unidad de cuidados intensivos.

En segundo lugar, estamos absolutamente de acuerdo, en que los procedimientos complementarios que se usan tienen complicaciones. Pero sus indicaciones surgen del balance lesional pancreático, del biotipo del enfermo.

Creemos que la yeyunostomía se debe hacer sistemáticamente. La gastrostomía puede ser discutible, porque nosotros en dos pancreatitis agudas, tenemos dos fistulas gástricas a consecuencia de la gastrostomía.