

Pancreatitis aguda necrótico-hemorrágica y papilitis fibrosa estenosante

Dres. Juan P. Piñeyro †, Antonio Farcic, Héctor Geninazzi,
Br. Hernan Parodi y Dr. Bolívar Delgado

Los autores analizan la historia clínica de una joven de 19 años con una pancreatitis aguda secundaria a odditis primitiva. En la primera operación se efectuó colecistostomía y drenaje pancreático. Dos meses después es intervenido practicándose papiloesfinterotomía, colecistectomía y drenaje transcístico. La evolución final fue buena.

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

La estenosis inflamatoria de la papila en pacientes alitiásicos (1) es una entidad muy poco citada, y su asociación con pancreatitis aguda necrótico-hemorrágica es excepcional, por lo que nos ha parecido de interés presentar este caso.

OBSERVACION CLINICA

E.A. N° 22702 (MIDU). 19 años de edad, sexo masculino.

El 16 de junio de 1976 ingresa por cuadro agudo de abdomen. Con el diagnóstico de úlcera gastroduodenal perforada se efectúa laparotomía en la que se comprueba: peritoneo sembrado de lesiones de citosteatonecrosis, gran tumefacción pancreática cuya exploración a través de la retrocavidad demuestra un gran componente hemorrágico en el parénquima.

No se comprueba litiasis biliar, colédoco no dilatado de aspecto normal, vesícula distendida, tensa.

Se efectúa colecistostomía y drenaje de la retrocavidad y peritoneales.

Los exámenes postoperatorios confirman el diagnóstico: Amilasemia 800 U.W., Amilasuria 160 U.W., Glicemia 1 gr 70. Con el tratamiento médico mejora progresivamente, alta a los 30 días. La colecistocolangiografía postoperatoria (Fig. 1) muestra: Vía biliar principal dilatada con estrechamiento irregular en su segmento inferior yuxtapapilar; importante reflujo al Wirsung que está dilatado. Con estos datos se pensó en la existencia de un pequeño cálculo coledociano.

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 3 de noviembre de 1976.

Profesores Adjuntos de Clínica Quirúrgica, Practicante Interno del M.S.P., Colaborador del Depto. de Cirugía y Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Br. José Batlle y Ordóñez 2410, Montevideo. (Dr. A. Farcic).

Clínica Quirúrgica "1" (Prof. A. Aguiar). Hospital Pasteur. Fac. Med. Montevideo, Uruguay.

Accidentalmente se sale la sonda, cerrándose rápidamente la fistula biliar. Evoluciona sin síntomas hasta el 16 de julio de 1976 (2 meses) en que reingresa por dolor de H.D. e ictericia.

Se procede a reabrir la fístula pasando una sonda Nélaton con lo que se obtiene la salida de bilis a tensión y alivia la sintomatología. La nueva colecistocolangiografía muestra estrechez regular de la papila y dilatación del Wirsung y del colédoco que terminan en un conducto común. No hay imagen de litiasis residual coledociana (Fig. 1).

Con el diagnóstico de estenosis a nivel de la papila, se reinterviene. Exploración abdominal: hígado de aspecto sano. Pancreatitis fibrosa difusa con aumento de consistencia en toda la glándula, incluso en cuerpo y cola. No se palpan cálculos en la vesícula ni en la vía biliar principal. La debito-manometría transcística muestra los siguientes valores: P. Pasaje: 20 cm, P. residual: 27 cm. Débito a 30 cm: 5 cc/min. Débito a 50 cm: 16 cc/min. Con estos valores se realiza coledocotomía que confirma la estenosis papilar por exploración instrumental. No hay litiasis coledociana. Se practica colecistectomía y duodenopapilotomía utilizando el papilotractor de Sugasti, suturando mucosa coledociana a la duodenal. Cierre de duodeno. Drenaje de Kehr en colédoco, por el que se efectúa

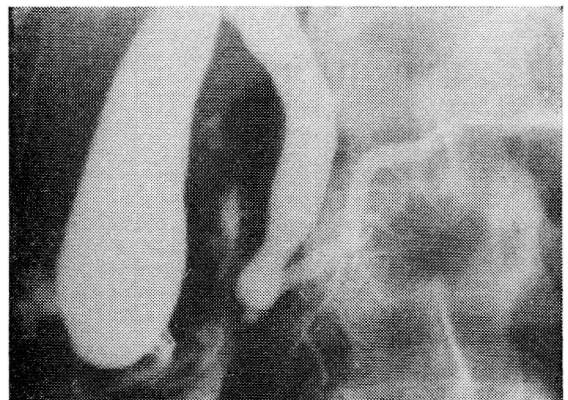


FIG. 1.—Colecistocolangiografía: Stop papilar. Colédoco dilatado. Abocamiento común del Wirsung que está dilatado.

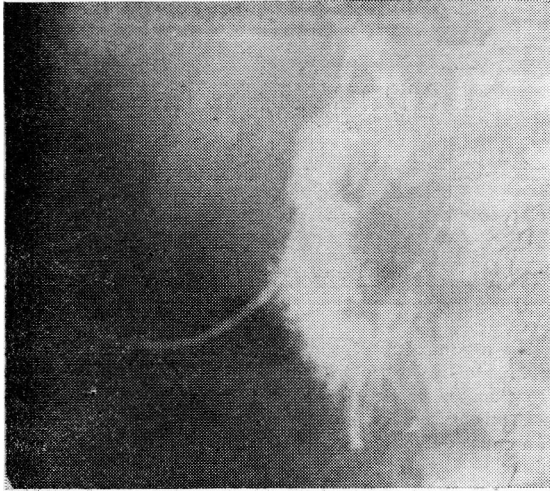


FIG. 2.— Colangiografía transcística obtenida después de efectuada la papiloesfinterotomía.

túa nueva determinación debitomanométrica: Presión de pasaje: 7 cms. Débito superior a los 50 cc/minuto. La P. Residual: 3 cms.

Postoperatorio sin complicaciones. Nuevo control colangio-débito manométrico a los 15 días muestra valores similares, la colangiografía muestra un amplio pasaje duodenal y ausencia de elementos anormales en las vías biliares (Fig. 3).

COMENTARIO

Se trata de una papilitis estenosante primitiva, en un paciente del sexo masculino de 19 años, sin antecedentes biliares o de alcoholismo. Creemos que la causa de la pancreatitis fue la estenosis papilar por el mecanismo del

reflujo, o por obstrucción del Wirsung. Este razonamiento se confirma por la dilatación de este canal, evidenciado en los estudios radiológicos. Cabría hacer el razonamiento inverso, de que la estenosis fuera secundaria a la pancreatitis, pero esta situación no ha sido descrita en nuestro conocimiento.

RESUME

Pancreatite aigue due a une stenose de papille chez un patient de 19 ans.

Les auteurs analysent un cas de pancréatite aigüe postérieur à une affection du sphincter de Oddi originelle chez un jeune homme de 19 ans.

Lors de la première intervention on procède à une cholécystostomie et à un drainage pancréatique. Deux mois plus tard on pratique une papillo-sphincterotomie, une cholécystectomie et un drainage transcystique. Bonne évolution ultérieure.

SUMMARY

Acute pancreatitis due to papillary stenosis in a 19-year-old patient.

A 19-year-old patient suffered acute pancreatitis secondary to primitive odditis. During the first operation, cholecystostomy and pancreatic drainage were performed. Two months later the patient was reoperated and papillosphincterotomy, cholecystectomy and transcystic drainage were performed. Final evolution was good.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. DEL VALLE O. La colédoco-odditis esclero retráctil crónica en la patología de la circulación biliar. *Diá Méd Urug*, 5: 343, 1938.