

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREATITIS AGUDA Y CRONICA

Por razones embrionarias, fisiopatológicas y anatómicas, las pancreatitis aguda y crónica se hallan íntimamente ligadas a la patología biliopancreático-duodenal.

Aunque la pancreatitis aguda y la crónica responden a agentes etiológicos similares, los objetivos terapéuticos de la primera responden a necesidades fisiopatológicas; en la segunda, en cambio, a razones sintomáticas, motivos por los que su estudio debe hacerse en forma separada.

CIRUGIA DE LA PANCREATITIS AGUDA

El conocimiento de la pancreatitis aguda data desde hace algo más de un siglo. Fitz, en 1870, describe por primera vez la enfermedad como resultado de una autopsia. A partir de entonces las asociaciones anatomoclínicas van estructurando la fisonomía de la enfermedad, pese a lo cual el diagnóstico al principio era, en la mayoría de los casos, producto de la necropsia o el hallazgo de una laparotomía exploradora de urgencia.

Creemos útil, para el mejor conocimiento de la metodología actual del tratamiento quirúrgico, describir rápidamente las etapas que lo fueron condicionando.

Primer período: de diagnóstico quirúrgico

Cubre las primeras cuatro décadas de este siglo. Con gran frecuencia el diagnóstico era operatorio; otras veces, aun con diagnóstico clínico, la gravedad del cuadro obligaba a operar. El concepto que prima en esta etapa está claramente expresado por Brocq, relator del tema en el Congreso Alemán de Cirugía de 1923, quien abogaba por "la operación precoz, cualquiera sea el estado del enfermo; aun si el mismo es desesperante, es la única tabla de salvación". Aconsejó drenar las lesiones; las sobrevidas eran del 32 %.

Segundo período: de abstención quirúrgica

En 1929, Elman describe el dosaje de amilasa, realizando un valioso aporte para el diagnóstico de la afección. Ante los resultados de la cirugía en la etapa anterior, Nordmann, en el Congreso Alemán de Cirugía de 1938, preconiza la abstención quirúrgica. Las sobrevidas se duplicaron.

Tercer período: de tratamiento fisiopatológico

Se extiende desde 1955 a 1970. Los adelantos de la cirugía biliar permiten el tratamiento más seguro de la litiasis biliar en cualquier momento

de su evolución, así como del foco biliopancreático comprometido. Los antibióticos, el mejor conocimiento de la hidratación, los corticoides, los expansores plasmáticos y las antienzimas permiten equilibrar enfermos graves, reabriendo la tendencia quirúrgica en la pancreatitis. La mayor parte de los cirujanos coinciden en que casi todas las pancreatitis son quirúrgicas, quedando en el tapete de la discusión la oportunidad de la operación.

Cuarto período: período de reanimación

En la última década, el conocimiento del pulmón de shock, la insuficiencia renal aguda, las coagulopatías, de la sepsis, la encefalopatía y la hemorragia digestiva grave, complicaciones que acompañan a las pancreatitis necrótico-hemorrágicas, hacen de la misma una afección de terapia intensiva. Nuevamente se plantea la necesidad de la operación precoz en estas formas graves, reemplazando la técnica de drenaje, sustentada por Brocq hace más de cincuenta años, por la de extirpación de la glándula enferma.

El análisis de los dos últimos períodos permite distinguir dos tendencias quirúrgicas distintas que no son antagonicas y sí muchas veces complementarias en esta enfermedad: el tratamiento etiológico y fisiopatológico del tercer período y el tratamiento de la necrosis resultante de la enfermedad, en el cuarto.

Para su mejor entendimiento estudiaremos por separado estos dos objetivos quirúrgicos.

a) Litiasis biliar

Según Sánchez Zinny, en nuestro país casi el 90 % de las pancreatitis agudas son de origen litiasico. En 1889, Thayer señaló por primera vez la litiasis biliar asociada a pancreatitis aguda. El mismo año, Lanceraux halló un cálculo enclavado en la papila biliar de un paciente atacado por esta enfermedad. Posteriormente, Opie, Halsted y Opie nuevamente, describen los mecanismos mediante los cuales el cálculo inicia el proceso fisiopatológico. En 1942, Alejandro Pavlosky destaca la importancia del cálculo enclavado en la ampolla en la evolución fatal de algunas pancreatitis agudas y sugiere su remoción quirúrgica de urgencia. En 1971, Acosta tamizó las heces de la primera deposición después del episodio de pancreatitis aguda en 24 enfermos, encontrando cálculos biliares en el 87,5 % de los

* Profesor titular de la Cátedra de Cirugía "B" de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata

mismos. En 1961, Sapisochin realizó una papilotomía de urgencia por cálculo enclavado y pancreatitis aguda. En 1977, la escuela rosarina propugnó la cirugía de urgencia en la pancreatitis aguda en su etapa inicial, completando con esfinteropapilotomía en la mayor parte de los casos. En la actualidad se definen dos tendencias quirúrgicas que manejan argumentos controvertidos en cuanto a la oportunidad operatoria:

1) Cirugía precoz de elección

Acosta, Tejerina Fotheringham y Ledesma, en nuestro país; Lataste, Chaboneix y Cosso, en Francia, son partidarios de la operación de urgencia, con el objeto de liberar el poro biliopancreático bloqueado por el cálculo, sobre la base de que, a medida que pasan las horas, este proceso acentúa la gravedad e irreversibilidad de las lesiones anatomopatológicas.

Lataste y colaboradores usan la radiomanometría como método diagnóstico fundamental intraquirúrgico; el bloqueo completo es indicación de papilotomía. Aconsejan efectuar la operación en las 6 horas que siguen al enclavamiento del cálculo, encontrándolo en uno de cada cuatro casos operados de pancreatitis aguda necrótico-hemorrágica.

El objetivo de quienes sustentan esta tendencia es minimizar el tiempo de actuación del factor etiológico, facilitar el drenaje del conducto pancreático y biliar, tratar otros cálculos que pudieran haber en la vía biliar principal y extirpar la vesícula litiásica (fig. 1).

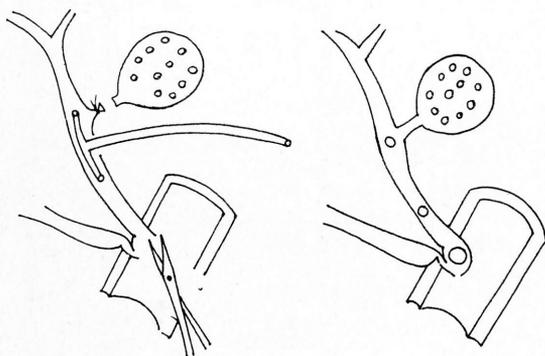


Figura 1

Además de las ventajas ya señaladas, esta conducta tiene a su favor lo incipiente de las lesiones anatomopatológicas, que facilitan la técnica quirúrgica y el mínimo deterioro del enfermo al comienzo de su enfermedad. Pesan en su contra el proponer de resolución urgente una cirugía compleja, en pacientes frecuentemente obesos, que necesitan de radiodiagnóstico intraoperatorio y cirujanos entrenados en cirugía biliar y pancreática.

2) Cirugía en período agudo, de necesidad. Cirugía electiva pospancreatitis

Según Moroni, el 76 % de las pancreatitis agudas retroceden con tratamiento médico. Sánchez Zinny y colaboradores operan en período agudo

aquellos enfermos que no presentan pronta y rápida remisión con el tratamiento médico, lo que representa el 30 % de los casos de su estadística. Esta conducta es seguida por los doctores Manrique, Hülskamp, Morel y nosotros mismos. Se deben operar aquellos enfermos que no presentan franca mejoría con 24 ó 48 horas de tratamiento médico, si el cuadro evoluciona con agravación progresiva o si hay recaída después de haber mejorado. La operación consiste en explorar la vía biliar radiológica e instrumentalmente, extraer los cálculos coledocianos, si es que los hubiera, practicar la papilotomía si hay un cálculo en "trabajo de parto" en el colédoco submucoso, efectuar la colecistectomía y dejar un tubo de Kehr en el colédoco para descomprimir la vía biliar. En casos muy graves puede ser el único gesto quirúrgico con fines de salvamento: descompresión de la vía biliar con un tubo de Kehr o la vesícula con una sonda de Pezzer.

Aquellos enfermos que han pasado el período agudo, son tributarios de la cirugía electiva, no dejando pasar más de un mes después de su recuperación, por el peligro de recidiva. Esta afección se presenta a veces en forma iterativa, especialmente en aquellos pacientes que tienen cálculos de colesterol pequeños, con cístico complaciente que permite un fácil pasaje a la vía biliar principal.

b) Lesiones pancreáticas

Desde el punto de vista anatomopatológico el cirujano debe distinguir entre la pancreatitis aguda edematosa y la necrótica.

La pancreatitis aguda edematosa, habitualmente de origen biliar, tiene pronóstico favorable. El páncreas y los mesos vecinos se encuentran como si hubieran sido infiltrados con suero o novocaína.

La pancreatitis necrótico-hemorrágica combina tres tipos de lesiones: la necrosis, que presenta los tejidos de color gris y aspecto mortificado; la hemorrágica y la citoesteato-necrosis. Estas lesiones pueden hallarse extendidas en toda la glándula o ser parciales. Lataste, en 35 casos de pancreatitis necrótica, halla lesiones globales en 20, parciales en 12 y difíciles de precisar en 3.

1) Resección pancreática en agudo

Autio y colaboradores estiman que la mortalidad de estas formas graves oscila entre el 50 y 100 % de los casos. Desde hace 10 años aproximadamente se comenzó con la cirugía ablativa de la pancreatitis aguda necrotizante, siendo sus pioneros Hollander y Mercadier, en Francia; Kümmerle, en Alemania; Wilks y Corbelle, en la Argentina.

Los tejidos necrosados tienen tendencia a extenderse en vecindad, no se resorben por los mecanismos biológicos normales y predisponen a complicaciones hemorrágicas, infecciones renales, hepáticas o cerebrales. Si el paciente tiene la fortaleza de superar el episodio pancreático agudo, queda en su interior un secuestro incontrolable, que en cualquier momento puede ser motivo de nuevas complicaciones, generalmente terminales.

Las lesiones con gran frecuencia son generalizadas, tomando casi siempre cuerpo y cola, sobrepasando con bastante frecuencia la vena porta hacia la derecha y extendiéndose a veces a la cabeza del páncreas. En el esquema nº 2, modificado de Autio, se dibujan las extensiones estimadas de la resección pancreática.

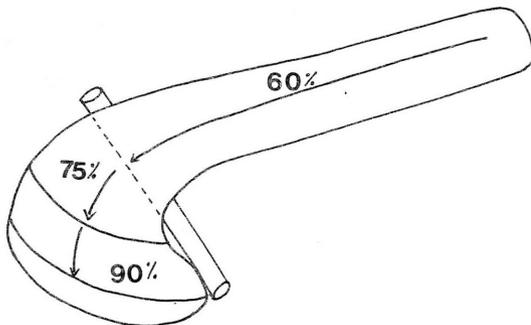


Figura 2

Hollander señala que debe acudirse al criterio clínico y metabólico de la evolución del paciente para decidir qué enfermo debe operarse y en qué momento; deben ser pacientes vigilados en una unidad de terapia intensiva. En su experiencia, la operación es fácil cuando se practica dentro de las 48 horas de iniciado el proceso, pero a costa del riesgo de eliminar también parénquima sano; entre el 3er. y 6º día se agrega el peligro de hemorragias intraoperatorias y después del 6º día no siempre se puede hacer una resección radical. Este autor, en una comunicación reciente, señala que "la cirugía agresiva para la pancreatitis aguda se debe restringir a centros especializados, y que aún es necesaria más experiencia y casuística en relación al tipo de lesiones y su topografía para arribar a deducciones definitivas."

Alexandre es partidario de la duodenopancreatectomía total en los casos de necrosis global o extendida a dos tercios de la glándula, con compromiso de la cabeza.

2) Resecciones posagudas. Secuestrectomía

Hay enfermos que pasado el proceso agudo quedan con síntomas significativos de necrosis pancreática. El cuadro clínico sólo mejora con la extirpación del secuestro y el drenaje. Esta técnica no garantiza la existencia de complicaciones posteriores, por lo que, si la lesión se ubica en el cuerpo y cola de páncreas, es preferible efectuar la esplenopancreatectomía corporocaudal.

3) Cirugía de las secuelas pancreáticas. Pseudoquistes

Los procesos necrotizantes del páncreas que superan el episodio agudo pueden manifestarse secundariamente con la formación de un pseudoquiste que requiera tratamiento quirúrgico. Al principio se los trataba con drenaje al exterior, que dejaba como secuela fístulas pancreáticas, infección y hemorragia. En la actualidad su indicación queda reservada para algún caso excepcional de muy alto riesgo. El método más conveniente

es el drenaje interno de la formación quística, que habitualmente se hace al estómago, estableciendo una quisto-gastrostomía (fig. 3).

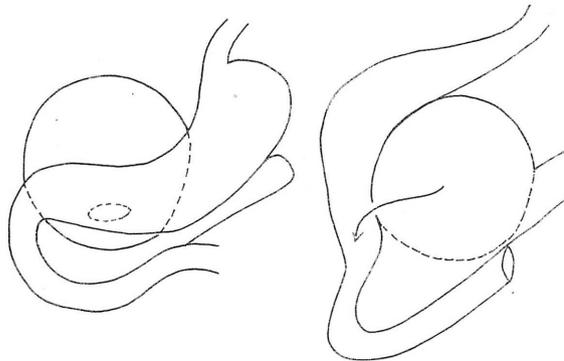


Figura 3

Por razones topográficas, a veces el estómago no es el órgano mejor ubicado para drenar la formación, en esos casos la anastomosis debe de hacerse con el duodeno o el yeyuno en Y de Roux.

CIRUGIA DE LA PANCREATITIS CRONICA

Para Gramática y Soria en nuestro medio, el 80 % de los casos de pancreatitis crónicas acompañan a la litiasis biliar. En segundo lugar se encuentran las de origen alcohólico, y con incidencia mucho menor las provocadas por hiperparatiroidismo, hiperlipemia, cáncer de cabeza de páncreas, síndrome del asa aferente, etc.

Estudiaremos por separado las pancreatitis crónicas de origen biliar, las de origen alcohólico u otro.

a) Pancreatitis crónicas de origen biliar

Responde favorablemente al tratamiento etiológico, que exige una minuciosa exploración intraoperatoria visual, manual, instrumental y radiológica para detectar la totalidad de la patología. De acuerdo con los hallazgos y su repercusión en el páncreas, habitualmente debe efectuarse colecistectomía, papilotomía y eventualmente liberación del poro wirsungiano; casi siempre, drenaje de la vía biliar. Si la pancreatitis compromete el colédoco intrapancreático, puede ser necesario realizar una derivación biliodigestiva.

b) Pancreatitis crónica de origen alcohólico u otro

Caracteriza a esta forma de pancreatitis el dolor, la insuficiencia pancreática exógena, la diabetes y la pérdida de peso. El dolor abdominal acompaña al 95 % de los pacientes con pancreatitis alcohólica y es la indicación quirúrgica principal. Este síntoma es debido a la distensión del Wirsung, fibrosis e infiltración inflamatoria. En segundo plano quedan como indicaciones quirúrgicas la insuficiencia exocrina con obstrucción tratable, el pseudoquiste y la duda del diagnóstico diferencial con un carcinoma pancreático.

Anatomopatológicamente la pancreatitis se caracteriza por fibrosis, dilatación ductal, formación de

pseudoquistes, calcificaciones y litiasis. El páncreas se presenta aumentado de tamaño y consistencia. Estas modificaciones se hallan especialmente localizadas en el cuerpo y en el istmo, aunque generalmente son difusas y la hipertrofia predomina en la región cefálica.

La cirugía de la pancreatitis crónica se basa en tres procedimientos que, aunque con enfoque distinto del problema, buscan fundamentalmente la supresión del dolor:

- 1) Desagüe del conducto de Wirsung.
- 2) Resección pancreática.
- 3) Interrupción de las vías dolorosas.

1) Desagüe del conducto de Wirsung

Es fundamental para realizar una cirugía derivativa conocer las alteraciones del conducto pancreático; de allí la importancia de la wirsunografía intraoperatoria que en nuestro medio difundieron Wilks y Miranda. La opacificación intraoperatoria se puede hacer previa papilotomía y canulación del Wirsung o por punción directa del conducto a través del parénquima glandular. En los lugares donde se dispone de pancreatografía retrógrada, la táctica quirúrgica puede planificarse con anticipación. Si el conducto pancreático se halla totalmente dilatado de un extremo a otro, sin estrecheces importantes, la derivación por el poro wirsungiano o la derivación, previa resección del bazo y la cola de la glándula en un asa de yeyuno en Y de Roux, como la hace Du Val, puede ser la solución más conveniente (fig. 4).

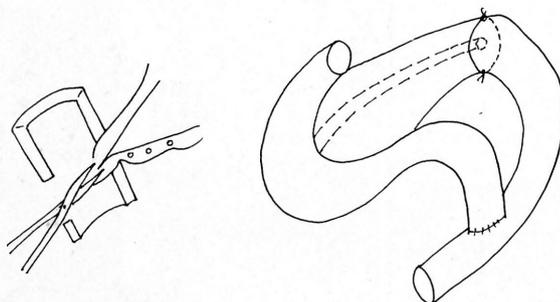


Figura 4

Cuando el pancreatograma muestra el conducto dilatado por zonas, en forma de rosario, se halla indicada la operación de Puestow; la misma consiste en la apertura longitudinal del Wirsung por su cara anterior en toda su extensión, previa resección de cola de páncreas y bazo; el mismo se introduce en la rama desfuncionalizada de una Y de Roux que se sutura sobre el cuello pancreá-

tico (fig. 5). Estas operaciones no son siempre curativas y con frecuencia los pacientes recidivan después de un período variable.

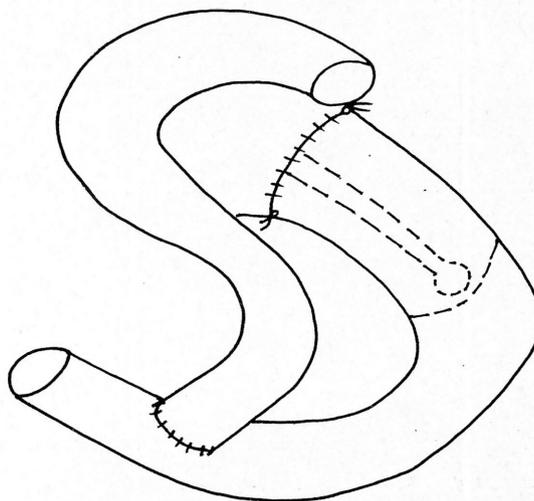


Figura 5

2) Resección pancreática

A veces no hay conductos pancreáticos dilatados o las dilataciones del mismo hacen temer el fracaso de las técnicas antes señaladas. Cuando las lesiones se hallan ubicadas a la izquierda de la vena porta, cosa que ocurre, lamentablemente, en el 5 % de los casos, la esplenopancreatectomía corporocaudal es la indicación precisa. Cuando las lesiones son más extensas se debe reseccionar cola, cuerpo y porción cefálica a la izquierda del colédoco, aproximadamente el 90 % de la glándula.

Un problema especial plantea el diagnóstico diferencial entre una pancreatitis crónica y un cáncer de páncreas, cuando éstos se encuentran localizados en la porción cefálica y se acompañan de ictericia; generalmente exige la práctica de una duodenopancreatectomía cefálica o total.

3) Interrupción de las vías dolorosas

Para el tratamiento del dolor pancreático, Mallet-Guy propuso en 1941 la esplanicectomía izquierda con resección del ganglio semilunar correspondiente. Desde entonces esta táctica ha sido retomada por diversos autores en forma periódica con resultados diversos. Arianoff comunicó buenos resultados con la táctica de denervación pancreática por neurectomía posganglionar, según la técnica de Yashioka y Wakabayashi.

BIBLIOGRAFIA

- 1 ACOSTA, J. M.; PELLEGRINI, C. A., y ROSSI, R.: Etiopatogenia de la pancreatitis aguda biliar. *Rev. Arg. Cirug.*, 35, 18, 1978.
- 2 ALEXANDRE, J. H.; CHAMBON, H., y de HOCHÉPIED, F.: La pancréatectomie totale dans la pancréatite aiguë nécrosante et hemorrhagique. *J. Chir.*, 110, 405, 1975.
- 3 ARIANOFF, A. A.; VIELLE, G., y VAN REEPINGEN, Ph.: De la néfrectomie postganglionnaire dans les affections pancréatiques. *Acta Chir. Belg.*, 70, 606, 1971.
- 4 AUTIO, V., y col.: Resection of the pancreas for acute hemorrhagic and necrotizing pancreatitis. *World J. Surg.*, 3, 631, 1979.
- 5 BARREIRO, J. J., y col.: Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la pancreatitis crónica. *Pre. Méd. Arg.*, 65, 151, 1978.
- 6 BROCCO, P.: Les pancréatites aiguës chirurgicales. Ed. Masson, París, 1926.
- 7 CENTARTI, C.; CLOT, J. P., y MERCADIER, M.: Repercusión de las pancreatitis crónicas sobre las vías biliares. *Pre. Méd. Arg.*, 58, 999, 1971.
- 8 GRAMATICA, L.; SORIA, F. J.: Bases fisiopatogénicas para el tratamiento quirúrgico de las pancreatitis crónicas. *Pre. Méd. Arg.*, 60, 250, 1973.

- 9 HALABI, M., y col.: Pancreatitis crónica recidivante. Pancreatectomía corporocaudal. *Preñ. Méd. Arg.*, 61, 124, 1974.
- 10 HOLLENDER, L. F.; GILLET, M., y KOHLER, J. J.: Emergency pancreatectomy for acute pancreatitis. *Chir. Gastroent.*, 5, 346, 1971.
- 11 HOLLENDER, L. F.; GILLET, M., y SAVA, G.: La pancréatectomie d'urgence dans les pancréatites aiguës. *Ann. Chir.* 24, 648, 1970.
- 12 LATASTE, G.; CHABANEIX, y GOSSA, J. F.: Calculs enclavés du bas cholédoque et pancréatite aiguë. *Nouvelle Press. Méd.*, 1, 587, 1972.
- 13 LATASTE, J.; ROBIN, B., y CHARTON, B.: A propos de 76 pancréatites chroniques traitées chirurgicalement. *J. Chir.*, 103, 35, 1972.
- 14 LATASTE, J., y SERPAULT, P.: Le traitement chirurgical des pancréatites aiguës hémorragiques. *J. Chir.*, 113, 447, 1977.
- 15 MALLISON, Ch.: Chronic pancreatitis. Topics in gastroenterology. Ed. Blackwell, Londres, 1975.
- 16 MORONI, J.; SCHIJVARGER, R., y JUDCHAK, J.: Operación precoz en la pancreatitis aguda. *Rev. Arg. Cirug.*, 24, 124, 1973.
- 17 NAJARIAN, J. S., y DELANEY, J. P.: Cirugía del hígado y vías biliares. Ed. Cient. Méd., Barcelona, 1978.
- 18 RIVES, J., y LARDENNOIS, B.: La thérapeutique d'assechement dans le traitement des pancréatites aiguës nécrotico-hémorragiques. *J. Chir.*, 107, 249, 1974.
- 19 RODNEY SMITH: El tratamiento quirúrgico de la pancreatitis crónica. Cirugía del hígado, páncreas y vías biliares. Ed. Cient. Méd., Barcelona, 1978.
- 20 SAPISOCHIN, E.; BERESTON, S.: La papilotomía transduodenal de urgencia en los accidentes biliopancreáticos agudos. *Preñ. Méd. Arg.*, 48, 2481, 1961.
- 21 SOSA GALLARDO, C. A., y LONGO, O. F.: Pancreatitis aguda. Relato oficial XLVI Congreso Argentino de Cirugía. *Rev. Arg. Cirug.* Número Extraordinario.
- 22 SANCHEZ ZINNY, J.; FIGUEROA, M., y GARCIA, J.: Indicaciones quirúrgicas de la pancreatitis aguda. *Rev. Arg. Cirug.*, 34, 31, 1978.