

Pancreatoyeyunostomía

Bernardo Cartín Montero *

Manuel Zeledón Pérez **

INTRODUCCION:

La pancreatitis crónica recidivante es una entidad patológica de gran preocupación para el paciente que sufre de intensos dolores y para el cirujano que cada día se esfuerza más en tratar de resolver quirúrgicamente esta intrincada entidad mórbida. A través de los años varios cirujanos experimentados en esta clase de enfermedad han propuesto diversas operaciones para tratar de resolver el progreso de la enfermedad y principalmente el alivio del dolor, el cual constituye el síntoma predominante. Métodos quirúrgicos tendientes a descomprimir el canal de Wirsung, han sido los de mayor aceptación y en casos de patología pancreática muy avanzada, emputaciones parciales y hasta totales de la glándula. Después de haber revisado la literatura al respecto y de compararla con los resultados de nuestra pequeña experiencia, somos partidarios de intentar siempre, como primera solución, resolver el obstáculo mecánico del drenaje pancreático (2-4-5-6). Varios métodos quirúrgicos han sido preconizados y con buen éxito, para obviar el problema obstructivo del conductor excretor del páncreas; lo importante es permeabilizar bien el trayecto del conducto y en la porción anatómica donde esté obstruido (9). Nosotros hemos conseguido buenos resultados con la pancreatocoyeyunostomía término-terminal, pero desde luego después de una exploración de los conductos biliares y de todo el trayecto del conducto de Wirsung.

DRENAJE RETROGADO:

Este método de descompresión de los conductos pancreáticos por vía retrógrada se remonta a 1911 cuando Link toma la cola del páncreas y la anastomasa a la pared abdominal para establecer una fistula externa. En 1940 Hunt reseca una carcinoma del páncreas y practica una pancreatoyeyunostomía. Posteriormente vienen Longmire en 1951, Puestow y Gillesby en 1953, Zollinger, Keith, Ellison y DuVal en 1954 trabajan en esta operación y reportan los resultados halagadores de sus experiencias. (5). En la actualidad cada día recobra más popularidad esta técnica de drenaje retrógrado y numerosos grupos de cirujanos la han practicado con buenos éxitos. Nosotros participamos del criterio de Puestow y Gillesby (5) en que sustentan las bases de beneficio para el paciente con pancreatitis crónica recidivante de la siguiente forma: a) el dolor se alivia y la mayor parte de los casos desaparece, al instituirle un buen drenaje al conducto Wirsung; b) el tejido pancreático se regenera cuando el problema obstructivo es resuelto.

1 Trabajo elaborado en el "Servicio de Cirugía Carlos Durán" bajo la Jefatura del Dr. Andrés V. Guzmán Calleja. Hospital San Juan de Dios.

* Jefe de Clínica del mismo Servicio.

** Asistente del mismo Servicio. Docente de la Cátedra de Cirugía. Escuela de Medicina.

Cola del Páncreas

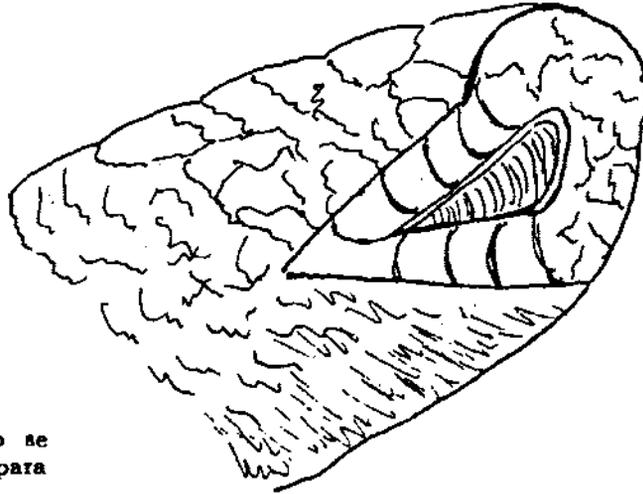


FOTO Nº 1.—Forma como se prepara la cola del páncreas para la pancreatoyeyunostomía.

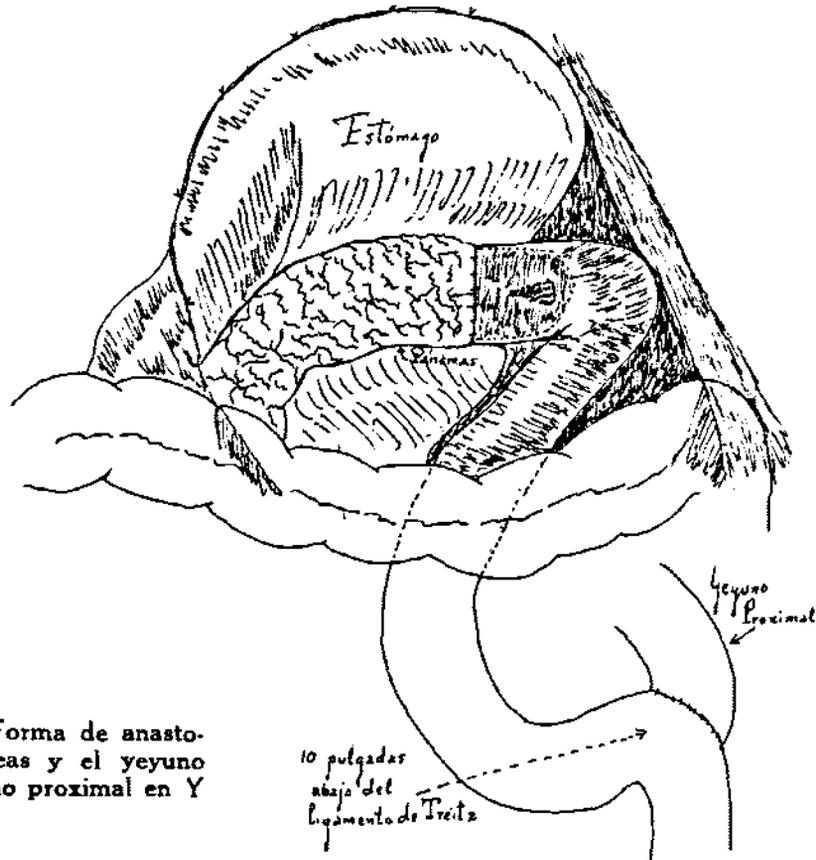


FOTO Nº 2.—Forma de anastomosar el páncreas y el yeyuno terminal y yeyuno proximal en Y (Roux).

TECNICA QUIRURGICA:

Una vez comprobado el diagnóstico de pancreatitis crónica recidivante y con el afán de establecer una permeabilización del conducto pancreático por vía retrógrada, lo primero que tenemos que efectuar es la exploración de las vías biliares y actuar sobre un posible compromiso de los canales pancreáticos al nivel de la cabeza del páncreas. Trabajar si se hace necesario, por vía transduodenal, practicar esfinterotomía del Oddi para abordar los conductos de Wirsung y Santorini. En nuestros casos no hubo necesidad de este abordaje derecho, pero sí se exploraron las vías biliares pensando en tal eventualidad. Quitamos el bazo como rutina de la técnica, y esto nos proporciona mayor libertad para trabajar con la cola del páncreas. Una vez identificado el conducto de Wirsung lo exploramos con sondas de Bakés, extraemos los cálculos con pinzas de Dejardín, verificamos un lavado amplio de los conductos y los permeabilizamos hasta el duodeno. A continuación nos traemos una asa de yeyuno seccionada 10 pulgadas abajo del ligamento de Treitz, hacemos anastomosis término-terminal de la cola con intestino (4) y desfuncionalizamos la anastomosis al unir el asa proximal en Y (tipo de Roux). Fotos 1 y 2.

MATERIAL Y METODOS:

En nuestro medio hospitalario la tendencia quirúrgica de resolver las pancreatitis crónicas recidivantes ha sido a través de técnicas indirectas como llama Warren, Puestow y Gillesby. (9-10-5-6), colecistectomía, coledocoyeyunostomía, coledocoduodenostomía, esfinteroplastia etc. Desde 1969 un grupo de cirujanos hemos decidido practicar cinco operaciones con métodos directos sobre el páncreas con el afán de descomprimir los obstáculos del canal de Wirsung. Se hace un resumen de los cinco casos tratados y se presentan los resultados.

CASO NUMERO 1:

F.S.M. Historia Nº 240617, de 26 años de edad y sexo masculino. Desde hace seis años presenta dolores periódicos en hipocondrio derecho con irradiación a epigastrio, de tipo pungitivo. Hace ocho meses que estos dolores se han hecho más frecuentes, más intensos y acompañados de vómitos ocasionales. Esteatorrea o constipación cuantitativa y cualitativa. Pérdida de 10 libras de peso. En ocasiones fiebre precedida de escalofríos. Le caen mal las grasas. Nunca ha tenido ictericia. **Antecedentes:** tabaquismo positivo, alcoholismo ocasional. Padre y una hermana han tenido úlcera péptica. Abuela diabética. **Exámenes de Laboratorio:** normales. **Radiografías:** Simple de abdomen con calcificaciones que parecen seguir el trayecto del páncreas. S. G. D. normal. Duodenografía hipotónica normal. Colecistografía normal. **Diagnóstico:** Pancreatitis crónica recidivante. **Operación:** Fibrosis y calcificaciones en toda la glándula pancreática. Cálculo de 1 centímetro y medio en la cabeza del páncreas. Pancreatografía después de la extracción del cálculo normal. Se exploran las vías biliares, se hace esplenectomía y pancreatoyeyunostomía con asa en Y (Roux). **Reporte de Patología:** áreas blanquecinas firmes y escasos acinos glandulares. Cálculos grandes en el interior del conducto pancreático. M u y b u e n a e v o l u c i ó n



FOTO N° 3.—Obsérvese las numerosas calcificaciones de la cabeza del páncreas.



FOTO N° 4.—Calcificaciones conglutinadas de la cabeza del páncreas. Vesícula biliar muy aumentada de volumen.



FOTO N° 5.—Pancreatografía transoperatoria después de limpiar el conducto de Wirsung. Obsérvese el medio opaco en el duodeno.

post-operatoria. Cuatro meses después desarrolla diabetes moderada y la S.G.D. en esta ocasión revela el marco duodenal ensanchado. Actualmente asintomático después de 32 meses de operado.

CASO NUMERO 2:

M.S.Ch. Historia N° 189735 de 47 años y de sexo femenino. Se opera el 31 de octubre de 1968 por el siguiente cuadro clínico: sensación de llenura post-prandial y dolores intensos en epigastrio irradiados a ambos hipocondrios, ictericia severa y astenia marcada. Antecedentes: Alcoholismo negativo. Padre murió de Ca hepático. Varios familiares cercanos fallecidos de Ca gástrico. **Operación:** Se encuentra vesícula hidrópica con colesterosis, colédoco muy dilatado y con arenillas, páncreas muy duro, nodular y con calcificaciones. Siete meses después se opera de nuevo por presentar ictericia obstructiva, dolor severo en epigastrio y vómitos post-prandiales. **Operación:** Colédoco de 4 centímetros de ancho con bilis blanca, papila no permeable, páncreas de consistencia muy dura. Se le practica coledoco-duodenoanastomosis. La paciente evoluciona sin ictericia pero con las mismas molestias abdominales después de la ingesta de cualquier clase de alimento. Se opera de nuevo tres meses después, le vuelven a encontrar el páncreas muy duro, estenosis del duodeno. La catalogan como Ca de cabeza del páncreas, no obstante de la biopsia que es reportada como fibrosis de la glándula. Le practican en esta ocasión una gastroenteroanastomosis. Continúa con dispepsia para todos los alimentos, vómitos biliosos, astenia marcada y gran pérdida de peso. **Examen de Laboratorio:** Una glicemia resultó muy alta. **Radiografía:** Simple de abdomen negativa, S.G.D. imagen de gastroenteroanastomosis con buen funcionamiento. Se opera de nuevo cuatro meses después y con diagnóstico de posible pancreatitis crónica recidivante. **Operación:** Gran liberación de adherencias, desgastroenteroanastomosis, páncreas de consistencia pétrea y con nuevas biopsias de fibrosis parenquimatosa, Wirsing con líquido espeso, lechoso y muy dilatado. Los Bakés no pasan hasta duodeno. Se practica pancreatoyeyunostomía en Y (Roux). Al quinto día de post-operatorio fallece con diagnóstico anatomopatológico de neumonía por aspiración. **Antecedentes:** Alcoholismo negativo. Padre murió de Ca hepático. Varios familiares cercanos fallecidos de Ca. gástrico.

CASO NUMERO 3:

A.R.V. Historia N° 69624, de 62 años y sexo masculino. Hace tres meses que a consecuencia de varias crisis dolorosas, fue operado de colecistectomía. Los dolores eran muy intensos, paroxísticos, de tipo punzante, localizados en hipocondrio izquierdo con irradiación a epigastrio, se le acompañaban de vómitos biliosos y esteatorrea. Laboratorio reportó Amilasa 2080 U% (método de Caraway) y la colecistografía resultó con litiasis biliar. **Antecedentes:** Alcohol y tabaquismo negativos. **Operación:** Vesícula con múltiples cálculos, canales biliares normales y el páncreas tenía características normales. El paciente continúa con sus mismas molestias que antes de la operación y sus crisis se repiten cada 8 a 15 días, pierde considerable cantidad de peso y además de las molestias apuntadas le dan escalofríos, fiebre con tinte icterico de la piel las conjuntivas. A los tres meses de operado nos llega con gran deterioro general, se cataloga como sín-

drome post- colecistectomía y pancreatitis crónica recidivante. Laboratorio: Bilirrubinas, fosfatasa alcalina y amilasas en orina, con cifras altas. *Radiografías:* Normales. *Operación:* vías biliares normales a excepción de un muñón cístico residual de una pulgada y media y en cañón de escopeta junto al colédoco, páncreas muy edematoso, friable y con dos veces el volumen normal. *Wirsung* muy dilatado y conteniendo abundante material arcilloso. Se hace esplenectomía y pancreatoyeyunostomía. *Reporte de Patología:* Bazo normal. Páncreas con severa infiltración, grasa, necrosis e inflamación crónica. Evolución post-operatoria inmediata muy buena. Actualmente tiene 13 meses de operado y se encuentra asintomático y sin diabetes.

CASO NUMERO 4:

L.G.M.G. Historia N° 201032, de 22 años y sexo masculino. A los 14 años (8 años antes) inició su padecimiento con dolor ardoroso en epigastrio y mesogastrio, Pasa temporadas asintomático. Hace 1 mes dolor ardoroso en epigastrio e hipocondrio izquierdo, irradiado a región costovertebral izquierda, que se exacerba con la ingesta de alimentos y que sólo cede con analgésicos inyectables. Periódicamente vómitos ácidos post-prandiales. *Antecedentes:* Laparotomizado hace cinco meses con diagnóstico erróneo de úlcera péptica y se encontró un páncreas muy duro en toda su extensión (Hospital de Provincia) *Tabaquismo* negativo. *Alcoholismo* ocasional. Padre murió de sarcoma del muslo. Entra a nuestro Hospital con el Diagnóstico de pancreatitis crónica recidivante. *Exámenes de Laboratorio:* negativos. *Radiografías:* Simple de abdomen con calcificaciones a la derecha e izquierda de vértebras D-12 y L-1 que parecen seguir el trayecto pancreático. Duodenografía hipotónica con marco duodenal aumentado de tamaño. Colecistografía con vesícula biliar de tamaño grande. *Operación:* Exploración de vías biliares y colecistectomía por vesícula grande, hipotónica y con arenilla calculosa. Esplenectomía y Pancreato yeyunostomía en Y (Roux). *Reporte de Patología:* Vesícula con arenillas. Bazo sin lesiones. Páncreas con áreas firmes de color grisáceo y con pequeños puntos calcificados. Cálculo de un centímetro, coraliforme. Este paciente tuvo una estancia post-operatoria larga (85 días) por fístula por extravasación de bilis fuera del tubo en T colangitis de repetición y neurosis situacional. Actualmente, después de 9 meses asintomático.

CASO NUMERO 5:

E.L.Z. Historia N° 306809, de 21 años y de sexo femenino. Hace cuatro años padece de dolor punzante en epigastrio que irradiaba a pared posterior del tórax y que no responde a los antiespasmódicos corrientes. Intolerancia a los alimentos grasos. En las últimas semanas el dolor se ha hecho más intenso acompañándose de vómitos post-prandiales, amargos que no ceden a los calmantes. Dolor a la presión profunda de epigastrio. *Antecedentes:* Paludismo a los ocho años, alcoholismo negativo. Traumatismo toracoabdominal hace cuatro años. *Exámenes de Laboratorio:* curva de tolerancia a la glucosa con tendencia a la diabetes. *Radiografías:* Calcificaciones en toda la región pancreática. Colecistografía y colangiograma endovenoso negativo. *Diagnóstico:* Pancreatitis crónica recidivante. *Operación:* páncreas muy aumentado de volumen. Conducto *Wirsung* de un centí-

metro de ancho y con numerosos cálculos en cabeza y cuerpo. Se le practicó esplenectomía y pancreatoyeyunostomía. **Reporte de Patología:** páncreas con áreas oscuras calcificadas, fibrosas y tejido graso, conducto muy dilatado. Evolución post operatoria: muy buena. Tiene cinco meses de estar asintomática.

**CUADRO NUMERO 1
FACTORES ETIOLÓGICOS**

	Nº de casos	Porcentaje
Alcoholismo ocasional	2	40%
Litiasis biliar	3	60%
Cirugía anterior	3	60%
Factores traumáticos	1	20%
Litiasis biliar y alcoholismo	2	40%
Factores congénitos	0	0

**CUADRO NUMERO 2
SINTOMATOLOGÍA**

	Nº de casos	Porcentaje
Dolor	5	100%
Vómitos	5	100%
Le caen mal las grasas	5	100%
Pérdida de peso	5	100%
Esteatorrea	2	40%
Ictericia	3	60%
Fiebre	3	60%

**CUADRO NUMERO 3
EDAD**

	Nº de casos	Porcentaje
Entre 20 y 30 años	3	60%
Entre 30 y 40 años	0	0%
Entre 40 y 50 años	1	20%
Entre 60 y 70 años	1	20%

CUADRO NUMERO 4

SEXO

	Nº de casos	Porcentaje
Femenino	2	40%
Masculino	3	60%

CUADRO NUMERO 5
OTRAS CARACTERISTICAS CLINICAS

	Nº de casos	Porcentaje
Diabetes	3	60%
Adicción a narcóticos	0	0%
Neurosis	1	20%

CUADRO NUMERO 6

OTROS DATOS IMPORTANTES

	Nº de casos	Porcentaje
Calcificaciones en Rx Simple de Abdomen	3	60%
Marco Duodenal ensanchado	1	20%
Parenquima litiásica	4	80%
Litiasis canalicular	4	80%

CUADRO NUMERO 7

RESULTADOS

Muy bueno	2
Bueno	2
Regular	0
Malo	0
Fallecido	1

COMENTARIO:

Entre los factores etiológicos los dos casos de alcoholismo ocasional se trató de individuos que ingerían 2 a 3 copas cada fin de semana y no alcohólicos que bebieran con gran frecuencia o de grandes cantidades de licor. Eso sí, en ambos casos se encontró asociación de litiasis biliar (arenillas) con esta clase de pseudo-alcoholismo. Tres de nuestros casos habían sufrido cirugía anterior, por su misma enfermedad y sin conseguir ningún éxito. Uno de nuestros casos tuvo un traumatismo importante tóraco-abdominal que pudo haber sido factor desencadenante de su patología pancreática. Los factores congénitos se apuntan como 0 por no haberlos podido identificar como tales; sí llama la atención que los tres casos fueron de 21 - 22 y 26 años. Litiasis biliar estuvo presente en tres casos (60%), factor muy importante como ha sido apuntado por varios autores (3-7-8). El dolor, los vómitos, la pérdida de peso y la intolerancia a las grasas fue común a los cinco casos (100%). Estentorrea en el 40%. La fiebre con escalofríos e ictericia es frecuente en los casos de litiasis de los canales biliares "Fiebre Bilioséptica de Chauffard".

Tres de nuestros casos han presentado diabetes moderadas y en el post-operatorio tardío. Hubo un caso de neurosis dado que su recuperación post-operatoria fue difícil y prolongada.

RESULTADOS:

Dos casos muy buenos dado que se repusieron por completo y están asintomáticos. Dos casos con resultado bueno, sin molestias digestivas ni dolor, pero con diabetes moderadas. Un caso fallecido en el post-operatorio inmediato por complicación pulmonar. No hubo casos de regulares o malos resultados.

RESUMEN:

Se tratan cinco casos de pancreatitis crónica recidivante por la técnica de descompresión del canal de Wirsung, término-terminal de reflujo retrógado, se revisa la literatura al respecto y se discuten nuestros resultados, los cuales resultan halagadores y en acuerdo a los reportados por varios autores.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—DU VAL M.K.Jr. Caudal Pancreaticocoeyunostomy for Chronic Pancreatitis: Operative Criteria and Technique, S. Clin. North Ancians 36: 831, 1956.
- 2.—GILLESBY W.J. and PUESTOW C.B. Pancreaticocoeyunostomy for chronic relapsing pancreatitis. An Evaluation Surgery 50: 859-862 (Nov. 1961).
- 3.—LEMPKE R.E. KING R.O. and KAISERGC. Lateral pancreaticocoeyunostomy. Arch of Surgery 87-90-99 (July 1963).
- 4.—PUESTOW C.B. Retrogad Roux Y. Pancreaticocoeyunostomy. Surg of Biliary Tract, Pancreas & Spleen 260-267 (1957) Chicago.
- 5.—PUESTOW C.B. and GILLESBY W.J. Retrogade Surgical Drains of pancreas for chronic relapsing pancreatitis.

- Arch Surg. 76: 898-907 (June) 1958.
- 6.—PUESTOW C.B. and GILLESBY W.J. Longitudinal pancreaticoyunostomy. *Current Surgical Management III* Philadelphia W. B. Sanders C. 1965. 183-187.
 - 7.—STRUM W.E. et Al. *Ann. Intern Med.* 74: 364-77 Feb. 71 (85 ref.) Chronic pancreatitis.
 - 8.—RESTEPO J.E. Tratamiento quirúrgico de la Litiasis Pancreática *Antioquía Médica* Vol. 21 N° 1. 13-21. Medellín, Colombia 1971.
 - 9.—WARREN Kenneth W., MOUNTAIN John C. Comprehensive Management of Chronic Relapsing Pancreatitis. *Surgical Clinics of North America*, Vol. 51 N° 3 June 1971, 693-731.
 - 10.—WARREN K.W. VEIDENHEIMER, M.C. Pathological Consideration in the choice of operation for chronic relapsing pancreatitis. *New Engk J. Med.* 266-323-229 (Feb. 15) 1962.
 - 11.—WARREN, K.W. Surgical Management of chronic relapsing pancreatitis. *Amer. J. Surgery* 117:24-32 (January) 1969.