

Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay" Ciudad de La Habana

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA PANCREATITIS CRÓNICA: ¿RESECCIÓN O DERIVACIÓN?

*Dr. Agustín Jiménez Carrazana<sup>1</sup> y Dr. Rolando Leyva Moreira<sup>2</sup>*

### RESUMEN

El tratamiento quirúrgico de la pancreatitis crónica es actualmente controvertido. Se expone esta experiencia con 9 pacientes, de estos a 4 se les practicó como procedimiento definitivo una pancreatoduodenectomía y a 5 una pancreatoyeyunostomía látero-lateral, en el período 1990 a 2000, en los hospitales militares "Joaquín C. Duany" de Santiago de Cuba y "Carlos J. Finlay" de Ciudad de La Habana. Se comentan aspectos relacionados con las indicaciones, la morbilidad y mortalidad y los resultados a mediano plazo. Estos fueron buenos en el 88,9 % de los casos.

*DeCS:* PANCREATITIS/cirugía; PANCREATITIS/mortalidad; PANCREATITIS/epidemiología; PANCREATICODUODENECTOMIA; PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ENDOSCÓPICOS.

El tratamiento quirúrgico de la pancreatitis crónica (PC) es un tema debatido en nuestros tiempos. En gran medida ello se debe a los malos resultados obtenidos con operaciones conservadoras y las dificultades técnicas que plantean la resección, en un páncreas severamente inflamado con adherencias y fibrosis, que muchas veces engloban los vasos circundantes y hacen difícil y peligrosa la disección. Por otra parte las secuelas de las resecciones extensas, ensombrecen el pronóstico y limitan su empleo en situaciones particula-

res. Además, recientemente, la esfinterotomía, extracción de cálculos, colocación de endoprótesis y establecimiento de anastomosis pancreático-intestinales por vía endoscópica, resuelven satisfactoriamente algunos de estos casos.<sup>1-6</sup>

### MÉTODOS

Se revisan 9 historias clínicas de pacientes operados con el diagnóstico de PC en el Servicio de Cirugía General de los

---

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General. Asistente.

hospitales militares "Joaquín C. Duany" de Santiago de Cuba y "Carlos J. Finlay" de Ciudad de La Habana en el periodo de 1990 a 2000.

Se exponen los resultados obtenidos con las operaciones derivativas y resectivas; se comentan aspectos relacionados con las indicaciones, técnica quirúrgica y la morbilidad y mortalidad.

## RESULTADOS

Del total de pacientes operados la PC era de origen alcohólica en 4, obstructiva por tumor en 2 y en los 3 restantes no se encontró causa, por lo que fueron clasificados como PC autónoma (tabla 1).

TABLA 1. *Etiología de la pancreatitis crónica*

Tipo	No. de casos
Alcohólica	4
Autónoma	3
Obstructiva	2
Total	9

Fuente: Historias clínicas de los hospitales militares "Joaquín C. Duany" y "Carlos J. Finlay".

De los 2 casos con obstrucción tumoral uno correspondió a un cáncer de cabeza de páncreas en etapa clínica avanzada y el segundo a un cáncer de papila, en sus inicios, con un pseudoquistes, de cuerpo y cola como complicación.

La indicación más importante para el tratamiento quirúrgico lo fue el dolor intratable para 6 pacientes, seguida en orden de frecuencia por el icterico con 3. En 2 de estos últimos se efectuó tratamiento resectivo por sospechase que se trataban de cáncer. En uno de los pacientes coinci-

dían el dolor intratable y el icterico. A este paciente se le trató previamente un pseudoquistes de la cabeza del páncreas, a través de endoscopia, donde se colocó un *fig tail* como drenaje, a través del duodeno. Aunque se resolvió el pseudoquistes, persistió el dolor y apareció icterico (tabla 2).

TABLA 2. *Indicaciones de la intervención quirúrgica*

Causa	No. de casos
Dolor intratable	6
Ictero	3
Pseudoquistes	1

Fuente: Historias clínicas de los hospitales militares "Joaquín C. Duany" y "Carlos J. Finlay".

La pancreatoduodenectomía (PD) se efectuó con intención curativa en un cáncer mínimo (< 1 cm) de la papila menor, asociado con páncreas dividido. En el tumor de cabeza de páncreas la resección fue paliativa. El dolor cedió completamente después de la operación.

A los pacientes con dilatación ductal (1 cm o más) se les realizó una pancreatoyeyunostomía (PY) látero-lateral. El paciente en el que coincidían dolor e icterico, requirió una coledocoduodenostomía látero-lateral, para resolver una estenosis extensa del colédoco intrapancreático, como complemento de PY.

Además de estas operaciones, se practicó una esplenectomía por persistencia del dolor después de PY. El funcionamiento adecuado de la derivación pudo comprobarse previamente mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Actualmente este paciente se encuentra asintomático.

También se realizó colecistectomía por colelitiasis, diagnosticada 3 años después de PY mediante ultrasonografía (US) por

presentar la paciente dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, que desapareció después de la intervención.

Al paciente con cáncer de papila menor y páncreas dividido, antes de PD fue operado por un pseudoquistes de cuerpo y cola. En esa primera intervención se hizo cistoyeyunostomía en "Y" de Rux, coledocotomía y biopsia, cuyo informe correspondió a un adenocarcinoma. Este paciente, a pesar de sufrir una reintervención por coleperitoneo de menos de 24 h después de PD, se recuperó y egresó al cabo de 2 semanas con un pronóstico excelente (tabla 3).

TABLA 3. *Relación de operaciones realizadas*

Tipo	No. de casos
Pancreatoyeyunostomía	5
Pancreatoduodenectomía	4
Esplancnectomía	1
Cistoyeyunostomía	1
Coledocoduodenostomía	1
Colecistectomía	1
Coledocotomía y biopsia de papila	1
Reintervención: limpieza de cavidad y re inserción de tubo de Kehr en el hepático común	1

Fuente: Historias clínicas de los hospitales militares "Joaquín C. Duany" y "Carlos J. Finlay".

Ocurrió un fallecido por sepsis sistémica en el grupo de PC alcohólica. Este enfermo tenía una desnutrición severa que no pudo revertirse completamente en el período operatorio.

## DISCUSIÓN

Una de las causas importantes de PC es el etilismo y se encuentra representada en nuestra casuística. En los 4 pacientes la indicación quirúrgica predominante fue el dolor intratable y la dilatación ductal existente permitió la derivación mediante PY. Uno de ellos falleció por sepsis sistémica y

los 3 restantes están libres de síntomas. Un paciente recayó en el consumo de alcohol y las crisis de dolor posteriores respondieron satisfactoriamente a la esplancnectomía. El mantenimiento de este hábito nocivo es un factor importante en la aparición de complicaciones y agravamiento de las secuelas: diabetes, esteatorrea y desnutrición.<sup>7</sup>

Cuando el cuadro clínico que requiere el ingreso es un íctero obstructivo, se plantea un problema diagnóstico de difícil solución y la sospecha de cáncer puede conducir a una resección pancreatoduodenal, pues con cierta frecuencia la PC de forma tumoral es indistinguible macroscópicamente de las neoplasias malignas y la única posibilidad de establecer el diagnóstico correcto y al mismo tiempo curar la afección es la extirpación quirúrgica. Además ambas entidades, el cáncer y la PC, coinciden a menudo, y enmascaran la lesión subyacente, lo que puede conducir a errores de fatales consecuencias.<sup>8,9</sup>

La técnica de derivación que se empleó es la conocida como *puetow-II* que consiste en la apertura del conducto pancreático principal en toda su extensión, para no dejar zonas estenóticas y bolsones sin drenar. Si se conserva el bazo la ejecución es sencilla y sus resultados funcionales óptimos.<sup>5</sup>

Tanto la resección como la derivación se utilizan con éxito en la PC, si se tiene en cuenta que la primera se indica cuando se establece el diagnóstico de malignidad o se detecta una masa sospechosa, y la segunda cuando existe dilatación ductal suficiente para construir una anastomosis funcional. Para determinar si hay dilatación ductal aprovechable pueden ser útiles la US y la CPRE, pero en algunos casos hay que tomar la decisión de operar sin esta precisión. Entonces, durante la laparotomía se

explora minuciosamente la glándula. En ocasiones el conducto dilatado se evidencia a la inspección y palpación, y se confirma con una punción. Si esto no resulta se trata de abordarlo, y se canula la papila a través de duodenotomía o mediante incisiones en pleno parénquima, lo que requiere experiencia por parte del cirujano.

Si la selección del paciente es adecuada y la técnica elegida responde a las condiciones analizadas se podrán esperar buenos resultados del tratamiento quirúrgico.

En la PC la resección no significa por sí misma un mayor riesgo, como lo demuestra la evolución de los 4 enfermos a los que se les realizó.

## SUMMARY

The surgical treatment of chronic pancreatitis is controversial at present. The experience obtained with 9 patients is presented. 4 of them underwent pancreaticoduodenectomy as a definitive procedure, whereas the other 5 underwent a side-to-side pancreaticojejunostomy at "Joaquin C. Duany" Hospital, in Santiago de Cuba, and at "Dr. Carlos J. Finlay" Hospital, in Havana City, from 1990 to 2000. Some aspects connected with the indications, morbidity and mortality and the medium-term results are commented. The results were good in 88.9 % of the cases.

*Subject headings:* PANCREATITIS/surgery; PANCREATITIS/mortality; PANCREATITIS/epidemiology; PANCREATICODUODENECTOMY; SURGICAL PROCEDURES, ENDOSCOPIC.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eckhauser FE, Turcotte JG. Tendencia actual y nuevas técnicas en el tratamiento de la pancreatitis crónica. En: Shackelford RT, Zuidema GD, eds. Cirugía del aparato digestivo. Philadelphia: W. B. Saunders, 1991;vol 2:44-5.
2. Yeo CJ, Cameron JL. Páncreas. En: Sabiston DC, ed. Tratado de patología quirúrgica. México, DF: Interamericana, Mc. Graw-Hill, 1991;vol1:1203-39.
3. Norton ID, Petersen BT. International treatment of acute and chronic pancreatitis. Endoscopic procedures. Surgclin North Am 1999;79(4):895-911.
4. Sakorafas GH, Farnell MB, Nagorney DM, Sarr MG, Rowland CM. Pancroduodenectomy for chronic pancreatitis: long term results in 105 patients. Arch Surg 2000;135(5):517-23.
5. Vickers SM, Chan C, Heslin MI, Bartolucci A, Aldrete IS. The role of pancreaticoduodenectomy in the treatment of severe chronic pancreatitis. Am Surg 1999;63(12):1108-11.
6. Kurian MS, Gagner M. Laparoscopic side-to-side pancreaticojejunostomy (Partington-Rochelle) for chronic pancreatitis. J Hepatobil Pancreat Surg 1999;6(4):382-6.
7. Lillemoe KD, Cameron JL. Complicaciones de la pancreatitis crónica. En: Shackelford RT, Zuidema GD, eds. Cirugía del aparato digestivo. Philadelphia: W.B. Saunders, 1991; vol 2:56-9.
8. Cooperman AM. Pancreatitis crónica. Clin Quir Norteam 1981;1:69-80.
9. Sakorafas GH, Tsiotou AG. Pancreatic cancer in patient with chronic pancreatitis: A challenge from a surgical perspective cancer treat Rev. 1999;25(4):207-17.

Recibido: 25 de julio del 2000. Aprobado: 16 de diciembre del 2000.

Dr. *Agustín Jiménez Carrazana*. Avenida 39, No. 9011, apartamento 12 entre 90 y 92, Santa Felicia, municipio Marianao, Ciudad de La Habana, Cuba.