

Tratamiento quirúrgico de la pancreatitis aguda con técnica de Puestow modificada

Surgical treatment of acute pancreatitis using the modified Puestow technique

MSc. Dr. Enrique Vázquez Merayo, Dr. Francisco Moreno Pissau,
MSc. Dr. Eduardo Labrada Arjona, MSc. Dr. Yovany Enrique Vázquez Martínez

Hospital Universitario Pediátrico Centro Habana. La Habana, Cuba.

RESUMEN

La pancreatitis crónica representa uno de los mayores desafíos de la Gastroenterología, y su etiología sigue siendo difícil de establecer en 10-30 % de los pacientes. Se presenta un paciente masculino, de 13 años, con diagnóstico de pancreatitis crónica de tipo inmunológico, con estenosis del conducto pancreático principal. Necesitó tratamiento quirúrgico pancreaticoyeyunostomía longitudinal en Y de Roux, conocido como técnica de Puestow modificada. Se logró mejoría clínica, normalidad de sus enzimas en una semana, no hubo complicaciones, tuvo evolución posoperatoria satisfactoria, y una estadía hospitalaria de 14 días. Actualmente se mantiene con 4 años de evolución satisfactoria. La técnica efectuada en el paciente es considerada por muchos como la ideal, por su baja incidencia de mortalidad (menos del 3 %) y por el alivio del dolor en más del 75 % de los pacientes. Por ello, se considera que esta técnica quirúrgica pudiera ser una opción terapéutica eficaz para este tipo de paciente.

Palabras clave: pancreatitis crónica, técnica de Puestow modificada, pancreaticoyeyunostomía longitudinal en Y de Roux.

ABSTRACT

Chronic pancreatitis represents one of the major challenges of gastroenterology and its etiology remains difficult to be determined in 10-30 % of cases. This is the case of a 13 years-old male patient, diagnosed with immunological-type chronic pancreatitis, with stenosis of the main pancreatic duct. He was surgically treated with Roux's Y longitudinal pancreaticojejunostomy known as modified Puestow technique. The patient clinically improved, reached normal levels of his enzymes in one week, had no complications, progressed satisfactorily after surgery and stayed 14 days at hospital. At present, he keeps his satisfactory recovery after 4 years. The used surgical technique is generally considered as the ideal one because of low incidence of mortality (less than 3 %) and pain relief in over 75 % of patients. Therefore, it is considered that this surgical technique could be an effective therapeutic choice for treating this type of patient.

Keywords: chronic pancreatitis, modified Puestow technique, Roux's Y longitudinal pancreaticojejunostomy.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis crónica (PC) es una inflamación de larga evolución del páncreas, con fibrosis irreversible, que puede afectar en diferentes grados los componentes endocrinos y exocrinos.¹⁻³ El tratamiento de la PC en estadios iniciales es conservador, pero cuando el dolor se hace refractario al tratamiento, existe sospecha de lesiones malignas, o se presentan complicaciones como hemorragia, pseudoquistes, oclusión gastrointestinal o biliar, entre otras, tiene indicación de tratamiento quirúrgico.^{2,4-6} La indicación más frecuente para el procedimiento quirúrgico en la mayoría de las series revisadas es el dolor rebelde al tratamiento en más del 66,5 % de los pacientes.^{3,7,8}

Duval (1954) reportó el drenaje ductal pancreático por pancreaticoyeyunostomía caudal en Y de Roux.⁹ *Puestow* y *Gillesby* (1958) realizaron la pancreaticoyeyunostomía longitudinal en Y de Roux, con resección de cola del páncreas, más esplenectomía.¹⁰ *Partington* y *Rochelle* modificaron la técnica original de Puestow, y realizaron una pancreaticoyeyunostomía longitudinal en Y de Roux,¹¹ que fue la efectuada en este paciente.

La selección de la técnica quirúrgica a emplear en los pacientes que presentan PC depende de: el tipo de lesión anatómica del páncreas por imágenes (tomografía axial computarizada [TAC], resonancia magnética nuclear [RMN], colangiopancreatografía retrograda endoscópica [CPRE]); de la efectividad relacionada con el dolor a largo plazo; de tratar de preservar la función endocrina y exocrina del páncreas; y de realizar una técnica que permita disminuir la morbilidad y mortalidad con resultados efectivos.^{3,4,5,7,10}

Las técnicas quirúrgicas a emplear en esta entidad pueden ser desde el drenaje del conducto principal, hasta la pancreatectomía parcial o total.⁹⁻¹²

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de raza blanca, longilíneo. Comienza con síntomas digestivos desde los 8 años de edad (crisis de epigastralgia, vómitos, y en algunas ocasiones, diarreas), que recibe tratamiento sintomático. A los 9 años de edad ingresó en un hospital pediátrico en el que se le estudia y se le diagnostica PC inmunológica (PCI), por lo cual lleva tratamiento médico que le mejora su sintomatología.

En 2007 (a los 12 años de edad) ingresa en el Instituto de Gastroenterología por continuar con el mismo cuadro clínico, pero más frecuente, asociado a pérdida de peso. Se le realiza TAC con 64 cortes, que arroja fibrosis pancreática, conducto de Wirsung con un diámetro de 11,5 mm, calcificaciones múltiples en el área de la cabeza, e imágenes que se visualizan también por ultrasonido (US). Se le realiza CPRE en 2 oportunidades sin éxito, por lo que es trasladado a nuestro centro con diagnóstico de PCI, con una estenosis de 2 a 3 cm de largo, y dilatación de más de 10 mm del conducto pancreático principal, demostrados por TAC y US. Se discute y se decide tratamiento quirúrgico (fig. 1 y 2).



Fig. 1. Ultrasonido (US) abdominal, que refleja dilatación del conducto de Wirsung mayor de 10,5 mm.

Se interviene en noviembre de 2008, a la edad de 13 años, utilizando la técnica quirúrgica de Puestow modificada, con una evolución posoperatoria satisfactoria, mejoría de su sintomatología y de sus parámetros hemoquímicos, por lo que es dado de alta a los 14 días, con tratamiento médico específico para la insuficiencia pancreática exógena.

Actualmente tiene 4 años de operado, en 2 ocasiones presentó dolor abdominal de corta duración, mantiene su tratamiento médico específico, los estudios de US de control del conducto principal muestran que este mide 5 mm, y su calidad de vida es satisfactoria.



Fig. 2. Tomografía axial computarizada (TAC), que refleja dilatación del conducto pancreático.

No se trata de un caso único, pero sí poco frecuente, de difícil y controversial tratamiento.

DISCUSIÓN

La PCI es una nueva entidad clínica recientemente descrita. Coincide con un proceso linfoplasmático quístico, con fibrosis difusa e infiltración linfocitaria en la parte endocrina y exocrina del páncreas, de causa no alcohólica. En nuestro paciente se realizó el diagnóstico de PCI después de descartar otras causas de PC con presencia de cálculos.¹³⁻¹⁵

El diagnóstico de certeza estuvo en relación directa con litiasis y estenosis proximal del conducto pancreático principal y dilatación de este, comprobados por TAC y US. La indicación de realizar CPRE es diagnóstica y terapéutica, con colocación de férula que permita la descompresión y permeabilidad del conducto pancreático principal,^{4,5,7,8} lo cual no fue posible realizar en el caso presentado. *Howell DA*¹⁶ reporta en un estudio de 35 pacientes el diagnóstico de cálculos en el conducto pancreático, en 30 de ellos se comprobaron los cálculos por US y TAC, y en el 40 % se localizaban en la cabeza del páncreas.

El primer caso de PC con cálculos en el conducto de Wirsung fue reportado en 1667.¹⁶ Se describen como la causa más frecuente de esta enfermedad, presente en el 50 al 90 % de los casos; sin embargo, en China es menor (8,5 %).¹⁷ Se plantea que la expulsión espontánea de los cálculos del conducto pancreático principal es poco frecuente.¹⁸

Se recomienda que a todo paciente que presente cálculos en el conducto pancreático principal con dilatación mayor de 6 mm, debe realizársele CPRE.^{5,7,14,15} Si este proceder no es efectivo, está indicado el drenaje por vía quirúrgica,^{7,19-22} como ocurrió en este paciente.

Se decidió realizar la técnica de Puestow modificada, teniendo en cuenta que la literatura reporta mejores resultados con esta, que con otras variantes quirúrgicas.^{8,10,17,19}

Los detalles técnicos empleados en el paciente fueron: incisión media supraumbilical, liberación del epiplón gastrocólico, exposición de la cara anterior del páncreas, localización del conducto pancreático principal, apertura longitudinal desde 1 cm del duodeno hasta 1 cm de la cola del páncreas, anastomosis pancreático yeyunal en Y de Roux transmesocólica y cierre por planos de la incisión media. Se dejó drenaje por 4 días. La estadía hospitalaria fue de 14 días sin complicaciones.

La técnica de Puestow modificada es una buena opción terapéutica para los niños enfermos de PCI rebelde a tratamiento médico, y con cálculos en la vía pancreática principal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Duffy JP, Reber HA. Surgical treatment of chronic pancreatitis. *J Hepato-biliary Pancreat Surg.* 2002;9:695-8.
2. Sakorafas GH, Tsiotov AG. Proximal pancreatectomy in the surgical management of chronic Pancreatitis. *J Clin Gastroenterol.* 2002;34(1):72-6.
3. Miyano T. The pancreas. *Grosfeld Pediatric Surgery.* 2006;2:1671-86.
4. Ho HS, Frey CF. Current approach to the surgical management of chronic pancreatitis. *Gastroenterologist.* 1997;8(5):128-36.
5. Sarr MG, Sakorafas G. Incapacitating pain of chronic pancreatitis. In surgical perspective of what is known and what needs to be known. *Gastroenterol Endosc.* 1999;49:585-9.
6. Freedman SD, Whitcomb DC. Treatment of chronic pancreatitis. *Last Literature Review.* 2010;18(3):7-9.
7. Strobel O, Buchler MW, Wermer J. Surgical therapy of chronic pancreatitis: indications, techniques and results. *Int J Surg.* 2009;7(4):305-17.
8. Rossi RL, Rothschild J, Braasch JW, Munson JL, Remine SG. Pancreaticoduodenectomy in the management of chronic pancreatitis. *Arch Surg.* 1987;122:416-20.
9. Traverso LW. The surgical management of chronic pancreatitis the Whipple procedure. *Adv Surg.* 1999;32:23-4.
10. Puestow CB, Gillesby WJ. Retrograde surgical drainage of the pancreas for chronic relapsing pancreatitis. *Arch Surg.* 1958;76:898-05.
11. Behrman SW, Mulloy M. Total pancreatectomy for the treatment of chronic pancreatitis: indications, outcomes and recommendations. *Am Surg.* 2000;72(4):297-302.

12. Blondet JJ, Annelisa MC, Kobayashi T, Jie T, Bellin M. The role of total pancreatectomy and islet Autotransplantation for chronic pancreatitis. *Surg Clin N Am.* 2007;87:1477-501.
13. Seigan A, Grigorescu M, Seiceanr A. Autoimmune chronic pancreatitis. *Rom J Intern Med.* 2006;44(1):17-24.
14. Zen Y, Bagdamn DP, Kawa S. Type 1 autoimmune pancreatitis. *Praphanet J Rare Dis.* 2011;7(6)82.
15. Detlefsen S, Mouw Drewes A, Vyberger Klppel G. Diagnosis of autoimmune pancreatitis by care needle biopsy: applications of sex microscopic cadena. *Virchows Arch.* 2009;45(5):531-9.
16. Haggard WD, Kirtley JA. Pancreatic calculi: a review of sixty-five operative case. *Ann Surg.* 1939;109:809-26.
17. Wang LW, Liz D, Zov DW, Chen T. Prevalence of clinical features of chronic pancreatitis in China. Retrospective multicenter analysis over 10 years. *Pancreas.* 2009; (38): 248-54.
18. Rhee J, Scheimant J, Idanomi J. Spontaneous passage of a pancreatic duct stone. *Gastrointest Endosc.* 2003;57:278-80.
19. Malek MM, Gittes GK. Lesion of the pancreas. In Ashcraft´s Pediatric Surgery. Holcomb III GW, Murphy JP. 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2010. p. 605-16.
20. Guda NM, Partingtons S, Freeman ML. Extracorporeal shot wave lithotripsy in the management of chronic calcified pancreatitis: a met analysis. *J O P.* 2005;6:6-12.
21. Mihaljevic AL, Kleeff J, Friess H, Buchler NW, Beger H. Surgical approaches to chronic pancreatitis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2008;22:167-81.
22. Aimoto T, Uchida E , Nakamura Y , Matsushi TA, Cho K, Kawamoto M. Current surgical treatment for chronic pancreatitis. *J Nihon Med Sch.* 2011;78(5):352-9.

Recibido: 30 de septiembre de 2013.

Aprobado: 15 de noviembre de 2013.

Enrique Vázquez Merayo. Hospital Universitario Pediátrico Centro Habana. Calle Benjumeda y Morales, municipio Cerro. La Habana, Cuba. Correo electrónico: evazquez@infomed.sld.cu