

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

AVANCES EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS DE LAS

=====

AFECCIONES QUIRURGICAS DEL PANCREAS

=====

( PANEL )

Moderador : Dr. Sergio Guzmán  
Dr. Jaime Klinger  
Dr. Patricio Barriga  
Dr. Hernán Passalacqua

Hemos asistido a la introducción de nuevas técnicas que permiten estudiar anatómicamente la silueta del páncreas y acercarse con bastante exactitud a un mejor diagnóstico. Estas técnicas permiten actualmente, si son aplicadas en forma combinada y con buen criterio, obtener el diagnóstico preoperatorio de enfermedades crónicas del páncreas, como cáncer o pancreatitis crónica, en un alto porcentaje de los enfermos.

Nosotros nos encontramos frecuentemente con enfermos con cáncer de páncreas que se diagnostican en la laparotomía exploradora; los métodos corrientes de diagnóstico, de poca sensibilidad, persiguen detectar anomalías del páncreas, sea por la compresión de órganos vecinos o por signos radiológicos indirectos.

Los nuevos métodos que vamos a discutir hoy día, permiten visualizar el páncreas, prácticamente delinear su silueta y obtener así un diagnóstico directo de las afecciones pancreáticas. El Dr. Barriga, es radiólogo de la Universidad Católica, con experiencia en

la ecografía; el Dr. Passalacqua es también radiólogo de la Universidad Católica y en el centro Scanner donde ha adquirido experiencia en la Tomografía Axial Computarizada; y el Dr. Klinger ha sido el pionero en nuestro país de la Pancreatografía Endoscópica, un método invasivo - que a diferencia de los métodos anteriores, ha permitido conocer y estudiar en detalle la anatomía de los conductos del páncreas.

Vamos a pedir, para empezar, a cada uno de los integrantes de la mesa, que nos presente en forma breve la experiencia que tiene, en exámenes del páncreas y las indicaciones del método, para posteriormente entrar a discutir un poco más la selección de ellos, según las enfermedades o según el diagnóstico que el clínico sospeche.

Dr. Barriga: hablaremos sobre las indicaciones de una ecografía pancreática. En realidad no debería decir indicaciones. Cada vez que se sospecha que hay una lesión pancreática, está justificado pedir una ecografía, porque es un examen fácil y simple de hacer, que no produce mayores molestias al enfermo y que puede aportar muchos datos útiles para el clínico y a la vez puede descartar o demostrar la normalidad del páncreas en un porcentaje elevado de casos, cuando el páncreas está efectivamente sano.

Las limitaciones que tiene la ecografía están determinadas no por el método mismo en general, sino por la presencia de meteorismo intestinal, la presencia de gas o de bario en el tubo digestivo, que interfieren con la propagación de las ondas sonoras y no permiten la obtención de imágenes ecográficas. Por este motivo, cuando hay una sospecha de lesión pancreática, el primer examen que debe hacerse es la ecografía y dejar los exámenes radiológicos o las otras posibilidades diagnósticas para

una segunda oportunidad o como un segundo examen, en la progresión que se va a plantear a cada paciente

Dentro de las limitaciones, se han demostrado con ecografía y también con tomografía axial, lesiones de 2 cm, siempre que éstas produzcan una alteración de la ecogenicidad suficiente para que se destaquen dentro del páncreas normal. Si esto no es así, solo las lesiones de mayor tamaño, que producen una alteración de los contornos del páncreas, se van a poder detectar y estamos hablando de lesiones probablemente de 4 cms. Sin embargo la resolución de la ecografía y de la tomografía es mucho mayor, porque se puede demostrar un conducto de Wirsung dilatado que tiene 3 mm. O sea que el problema no está en el tamaño de la lesión, sino en la alteración de la ecogenicidad; o sea que la lesión tiene que ser lo suficientemente distinta en la manera de conducir el sonido, para que se destaque del resto del parénquima aparentemente normal. Esto es lo que nos va a permitir detectar lesiones de tamaño pequeño.

Por convención, la pared anterior del abdomen está siempre arriba, el lado derecho está a la izquierda y el izquierdo a la derecha; así se publican todas las ecografías y también las tomografías computadas. ( Se omiten varias láminas ).

Describiremos algunas de las características ecográficas de las lesiones pancreáticas.

Curiosamente, en general, la cola del páncreas es un problema para el diagnóstico ecográfico: es difícil de demostrar. Ultimamente, con llenamiento del estómago con líquido o con algunas sustancias más viscosas, se ha tenido mayor éxito en la demostración de la cola del páncreas. Habitualmente el páncreas tiene una dirección más oblicua y hay que hacer cortes oblicuos, no

transversales perfectos, sino que con una ligera oblicuidad hacia el hombro izquierdo. La cola del páncreas está ubicada por delante del riñón izquierdo, hacia el hilio del bazo. El cuerpo, por detrás del lóbulo izquierdo del hígado, por delante de la arteria aorta y de la arteria mesentérica. Y cuando no se logra demostrar la cola del páncreas desde la pared anterior del abdomen, como se hace normalmente, se pone al enfermo en decúbito prono y desde el dorso se hacen cortes longitudinales.

La arteria mesentérica superior está situada también dorsalmente al páncreas, se dice que el páncreas cabalga sobre la arteria mesentérica superior. Estas dos estructuras, la aorta y la arteria mesentérica superior, cuando el examen es satisfactorio, se ven prácticamente siempre. Y con estas referencias vasculares podemos localizar la posición del páncreas. Una gran imagen de contenido líquido que corresponde a un pseudo - quiste - podría confundirse con un gran quiste hidatídico del hígado que esté compromiendo el lóbulo derecho.

¿Qué otro tipo de complicaciones se pueden ver?.

Los pseudo - quistes que vemos habitualmente, son pseudo-quistes simples, pseudo-quistes limpios. Los pseudo-quistes se pueden infectar, en esos casos vamos a ver dentro del pseudo-quiste, imágenes de escombros, de ecos dentro de la cavidad quística, tal como vimos en los quistes hidatídicos del hígado.

Desde que tenemos el ecógrafo hemos visto aproximadamente 5 ó 6 abscesos pancreáticos aquí en el hospital y en 4 de ellos por lo menos, la ecografía ha sido positiva.

Dr. Passalacqua: la tomografía computarizada, otro méto-

do no invasivo, ha mejorado mucho la precisión diagnóstica a nivel del páncreas, junto con los otros métodos. Respecto de lo que decía el Dr. Barriga, de que los tumores deben sobresalir de la periferia, en cierto número de centímetros para ser diagnosticados, el Scanner tiene también la posibilidad de medir la densidad del tumor intrapancreático, como un tumor de 5 mm. que fue diagnosticado en base a la densidad.

¿ Cuáles son las indicaciones de tomografía computada para el páncreas? Detección de un tumor maligno primario y su extensión, evaluación de una lesión primaria, en pacientes con metástasis, evaluación de un paciente icterico. Evaluación de una pancreatitis sospechosa, de un paciente con masa abdominal alta no precisada, control de regresión o persistencia durante y después del tratamiento. Diferenciación entre la masa pancreática y peripancreática, detección de complicaciones en una pancreatitis, detección de pseudoquistes, número, tamaño y extensión, lo mismo para el absceso.

En pancreatitis se ha detectado en general, un 50% de agrandamiento, más frecuente a nivel de la cabeza del páncreas. Se encuentran calcificaciones, infiltración grasa y atrofia con reducción de tamaño.

En abscesos y flegmón se observa un páncreas más denso, con ocupación de grasa prepancreática, parte de la grasa retropancreática y compromiso del duodeno.

Un aumento de tamaño localizado o difuso, con pérdida de la grasa peripancreática, dilatación de la vía biliar y metástasis ganglionares retroaórticas, son signos de cáncer de páncreas.

Hemos diagnosticado un insulinoma, detectado en la cabeza del páncreas, donde había cierta prominencia

cia; la medición de la densidad de 40 unidades , siendo el resto de 20. Había antecedentes clínicos y se planteó la posibilidad de un insulinoma, comprobándose en la operación un tumor de 5 mm.

Dr. Klinger: la pancreatografía es un método invasivo que permite ver directamente la vía pancreática y si uno inyecta a mayor presión, o usa twin 80, puede obtener un pancreatograma que permita la visión de todo el parénquima pancreático. Junto con ver el Wirsung, puede permitir ver la vía biliar. Ustedes saben que la mayor parte de los cánceres de cabeza de páncreas comprometen vía biliar y pancreática y pueden favorecer un diagnóstico.

Por otro lado puede permitir el retiro de contenido líquido pancreático para hacer una citología que puede ayudar en el diagnóstico.

Al hablar de patología pancreática, también estamos incluyendo la patología periampular, a la cual ya nos hemos referido.

Nosotros tenemos 309 casos en que se ha podido estudiar el Wirsung con éxito de canulación de 88 % .

Resultados de la pancreatografía endoscópica en 61 casos con sospecha clínica de enfermedad pancreática:

El clínico solicitó la pancreatografía porque tenía la sospecha clínica de patología pancreática y nosotros demostramos que en 45 casos la pancreatografía fue normal, en 5 se demostró cáncer de páncreas y pancreatitis crónica en 11. Debo señalar que un cáncer ampular, tenía Wirsung normal y también hubo un cáncer pancreático con Wirsung normal. Si bien los carcinomas pancreáti

cos son fundamentalmente de origen ductular no necesariamente tienen que serlo y el encontrar un Wirsung normal no excluye que haya un cáncer. De modo que en 45 enfermos de estos 61, la pancreatografía fue normal y en 16 enfermos demostró cáncer de páncreas o pancreatitis crónica.

Resultados de la pancreatografía endoscópica en 205 casos con sospecha clínica de patología biliar.

Estos enfermos fueron estudiados, porque el clínico sugirió que tenían una ictericia obstructiva, una litiasis residual u otras causas misceláneas de ictericia. En estos enfermos se contrastó el conducto de Wirsung y nos permitió un estudio adecuado. De 205 casos, en 198 el Wirsung fue normal, pero sin embargo se demostró un caso de cáncer de páncreas y 6 casos de pancreatitis crónica.

En casos en que por sospecha de enfermedad pancreática teníamos el colédoco inyectado y pudimos demostrar la presencia de patología coledociana, insistimos en la necesidad, si era posible, de tener la demostración de ambas vías. Si uno encuentra que un diagnóstico es suficientemente claro, no es indispensable tener ambas vías contrastadas. Pero, si es posible, es preferible tratar de obtenerlo.

Patología demostrada en 266 casos, ya sea por contraste del Wirsung o lo que vimos en la endoscopia.

Se demostró pancreatitis crónica en 17 casos, cáncer pancreático en 7, un caso de cáncer pancreático con Wirsung normal, cáncer ampular en 5, diagnosticado por endoscopia y biopsia, y papilitis en 2, lo que hace un total de 32 casos de los 305 en que tuvimos un contraste adecuado del Wirsung.

Cuáles son las imágenes más características en el conducto de Wirsung? El Wirsung se contrasta desde el cuerpo hasta la cola y también el conducto de Santorini.

Los diámetros normales del Wirsung son alrededor de 4 mm. en la cabeza, 2 mm en el cuerpo y 1 mm - más o menos en el término de la cola. No se encuentran arborizaciones secundarias, o si estas se encuentran son perpendiculares al conducto, fundamentalmente en el cuerpo.

Un Wirsung que se estrecha, que permite salida del medio de contraste con formación de dilataciones saculares, de ramas secundarias, irregulares, estenosadas o estrechadas corresponde a las manifestaciones de pancreatitis crónica.

La dilatación de las ramas menores y estrechez de las ramas secundarias y la dilatación o tortuosidad o estrechez del Wirsung constituyen un grado moderado de pancreatitis y un grado avanzado, lo constituye la formación de imágenes saculares con la distorsión - prácticamente total del conducto de Wirsung. O bien un conducto de Wirsung dilatado, que llega a una zona de estrechez y con imágenes de cálculos en el interior, con aspecto de rosario.

Para plantear el diagnóstico de cáncer de páncreas, puede ocurrir en oportunidades que las imágenes - no sean extraordinariamente típicas y por lo demás en el curso de una pancreatitis crónica, puede desarrollarse un cáncer de páncreas. De modo que puede a veces ser difícil el diagnóstico diferencial entre una pancreatitis crónica y un cáncer de páncreas, cosa que a nosotros no nos ha ocurrido hasta el momento. La imagen típica de un cáncer de páncreas es la estenosis u obstrucción absoluta. Todos nuestros enfermos con diagnóstico de cáncer,

tienen confirmación operatoria.

He querido mostrarles en forma muy suscita, lo que se puede lograr con la pancreatografía en el diagnóstico de las afecciones fundamentales, como son la pancreatitis crónica, y el cáncer de páncreas. En pancreatitis aguda, el procedimiento está contraindicado y uno debe esperar que se estabilice el enfermo por lo menos durante un mes, antes de intentar efectuar el procedimiento.

Dr. Guzmán: hemos analizado la potencialidad de cada uno de estos métodos. Hemos visto imágenes ecográficas de pseudoquistes, de abscesos y de tumores de páncreas y hemos visto imágenes tomográficas con los mismos diagnósticos. Hay una pregunta que a mí me gustaría formular a los integrantes de la mesa. En la sospecha de un pseudoquiste del páncreas o de una pancreatitis aguda complicada, ¿qué examen se hace primero? ¿Cuándo nos quedamos tranquilos con una ecografía o es necesario seguir adelante con una tomografía? Quisiera que el Dr. Barriga nos contestara esta pregunta orientada al diagnóstico de una pancreatitis aguda complicada, en que se sospecha un absceso o un pseudoquiste. ¿Basta con el ecograma? ¿Qué limitaciones tiene? ¿Sugiere usted estudiar rutinariamente los enfermos con tomografía?

Dr. Barriga : No. Yo creo que si la imagen que se obtiene con el estudio ecográfico demuestra un pseudoquiste, basta con eso. No se ha demostrado que la tomografía tenga una mayor sensibilidad para detectar pseudoquistes cuando el examen ecográfico es satisfactorio. Ahora, frecuentemente estos pacientes tienen gran meteorismo; un examen técnicamente insatisfactorio por el meteorismo, no puede evaluar la región pancreática, que se puede ubicar por las referencias vasculares que he señalado. Entonces, tal vez debería hacerse una tomografía, o debería hacerse otra exploración para confirmar o descartar este diagnóstico.

Dr. Guzmán: ¿Podría dar cifras de su experiencia, o de revisión de literatura, sobre el rendimiento de la ecografía en el diagnóstico de pseudoquistes y el absceso pancreático?

Dr. Barriga: voy a dar cifras de la literatura porque yo no tengo tabulada la experiencia nuestra, además de que es relativamente reducida. En el diagnóstico específico de pseudoquiste, la ecografía tiene un rendimiento cercano o superior al 95% de los casos.

Dr. Guzmán: quisiera repetirle la misma pregunta al Dr. Passalacqua.

Dr. Passalacqua: las cifras son bien variables. Hay estadísticas en Estados Unidos y en diferentes partes, que dan una precisión diagnóstica del 96% a un 88% para tomografía. Creo que es muy difícil contestar la pregunta. En Boston tenían precisión un poco más baja para tomografía computarizada, sin embargo en otras partes se ha desarrollado más y la precisión ha mejorado.

Dr. Klínger : yo quisiera centrar el problema, en que si bien nosotros somos unos técnicos que hacemos los procedimientos, esto no quiere decir que no seamos médicos y no tratemos a los enfermos. Yo creo que una pancreatitis aguda habitual, no requiere de ninguno de estos tres procedimientos para su diagnóstico. Pienso que un enfermo con pancreatitis, como los veíamos hasta el año antepasado, en que no teníamos ecografía ni tomografía, puede ser examinado clínicamente, sospecharse su enfermedad y tratarla como la tratamos. Se debe emplear a mi modo de ver, la tomografía o cintigrafía, cuando uno está planteando si existe una complicación de la pancreatitis aguda. En ese momento puede ser útil hacer cualquiera de los dos procedimientos no invasivos, en el sen

tido de mostrar la presencia de un pseudoquiste o un absceso pancreático, lo que por lo demás, la clínica es capaz de dar. Porque siempre nos llegan con un individuo con masa palpable; no he visto nada más grave en gastroenterología que la evolución de un enfermo que tiene un absceso o un proceso flegmonoso pancreático. Yo no estoy diciendo que me oponga a hacerlo. Yo creo que hay que hacerlos si contamos con ellos, pero creo que somos capaces de plantear el diagnóstico clínicamente y con los elementos clásicos. Y ahora que los tenemos, creo que es útil desarrollarlos, para demostrar si existe un pseudoquiste. Pero la evolución de una amilasa en un individuo al que se le palpa una masa abdominal, permite hacer el diagnóstico de pseudoquiste del páncreas, el que se puede apoyar en la radiología convencional.

Yo creo que son útiles y el mérito que tienen, es que no ocasionan ningún problema al enfermo; pero creo que no es conveniente que nos vayamos al otro lado y que en todo enfermo que tenga una pancreatitis, tengamos que hacer algunos de estos procedimientos.

Dr. Guzmán: ¿Usted ve algún lugar para la pancreatografía en la pancreatitis aguda o en sospecha de complicaciones? Yo se que en términos generales está contraindicado.

Dr. Klinger: Está contraindicado. A uno le puede tocar que esté haciendo una pancreatografía y empieza a inyectarse una imagen de pseudoquiste. Toda la gente dice, - "a mí no me ha tocado ninguno" o toda la gente dice que visualizada una imagen de pseudoquiste no hay que intentar la repleción total de éste, porque ahí sí que se produce inflamación. No hay que llenarlo completamente, sino que una vez visto el pseudoquiste, se deja de llenar, esperando que drene, o si uno lo llena completamente,

debe hacer la cirugía rápidamente, porque va a producir lo más probablemente una exacerbación de la pancreatitis.

Dr. Barriga: hay una serie de 16 casos de pancreatografía en 10 de los cuales se demostró llenamiento del pseudoquiste, se ha postulado que la evolución normal del pseudoquiste, cuando tiene menos de 4 cms. es hacia la apertura a la vía pancreática con drenaje espontáneo y esta serie parecería confirmar esta suposición.

Dr. Guzmán: A propósito de pseudoquiste, ya que hay métodos que permiten ahora verlos, ¿qué proporción de éstos se reduce o se resuelve en forma espontánea? ¿Tiene usted alguna experiencia? ¿Podría usted contestar?

Dr. Barriga: antes se consideraba que el pseudoquiste era quirúrgico y de mal pronóstico, en cambio en la revisión de la literatura he tenido oportunidad de leer trabajos que demuestran que muchos de los pseudoquistes se resuelven en forma espontánea y que uno puede controlarlos ecográficamente o tomográficamente y el enfermo puede mejorarse sin necesidad de cirugía.

Dr. Passalacqua: conocí un caso de un gran pseudoquiste por traumatismo que se redujo de tamaño después de 2 años.

Dr. Klinger: el pseudoquiste es una cavidad que está formada por los tejidos vecinos, en el fondo no tiene pared propia y puede éste drenarse al conducto, a las vías vecinas. El cistoadenoma es otro problema. Los verdaderos quistes también son otro problema y por eso a este se le llama pseudoquiste. En los pseudoquistes hemos visto muchas cosas. Primero, se decía que no había que tocarlos mucho, porque se podía romper al abdomen. Segun

do, se decía que había que operarlo cuando se diagnosticaba, porque le podíamos hacer el drenaje adecuado a la vía biliar, al duodeno o al estómago. La tendencia actual, dice que diagnosticando el pseudoquiste, debiera operarse, pero nosotros como internistas, yo no estoy hablando de los cirujanos porque tienen criterios un poco distintos, es que los pseudoquistes nuestros han desaparecido clínicamente.

Dr. Guzmán: ¿De gran tamaño?

Dr. Klinger: de gran tamaño. Pero sin embargo, no tengo una opinión perfectamente formada, porque ante lo inmenso de la literatura, que señala que habría que operarlos para evitar que se rompan en forma espontánea y creen un problema dentro de la cavidad peritoneal, la experiencia nuestra fue de años anteriores; nuestros cirujanos tienden ahora a operar más los pseudoquistes.

Dr. Barriga: Yo creo que con la ecografía se ha podido estudiar un poco más la evolución natural de los pseudoquistes. No tengo experiencia personal, pero está publicado que los quistes pequeños de 5 cm. o menos, habitualmente se resuelven espontáneamente y no es necesario intervenirlos. Los quistes más grandes pueden seguirse y controlar su evolución con la ecografía. Creo difícil que los quistes grandes, de más de 10 cm. regresen espontáneamente. En general éstos se operan; los escandinavos están puncionándolos y vaciándolos.

Dr. Guzmán: quisiera señalar que aparte del valor diagnóstico que tiene la ecografía y la tomografía, existe la posibilidad de controlar la evolución de pseudoquiste, evaluar su eventual resolución espontánea o si está creciendo, indicar una intervención quirúrgica.

Si nosotros quisiéramos estudiar con los méto

dos que tenemos a nuestro alcance a un enfermo en el cual se sospecha una pancreatitis crónica, ¿cuál de estos métodos debiera ser el de primera elección? En las alteraciones de la morfología, que se ven en la pancreatitis crónica, ¿tienen la ecografía y la tomografía un rendimiento elevado, o son más bien limitadas?

Dr. Passalacqua: el rendimiento varía entre un 66 y 88% en series de Estados Unidos. No tenemos estadísticas tabuladas de nuestra experiencia.

Dr. Guzmán: ¿Cuál de los tres sería el método de elección para estudiar un enfermo de pancreatitis crónica?

Dr. Klinger: la pancreatografía; pero uno no tiene que olvidar que un enfermo de pancreatitis crónica, se le presenta a uno como un enfermo con dolor o con una complicación de la insuficiencia pancreática, y en el cual el mecanismo de estudio es un poquito diferente. Si el individuo consulta por dolor y se piensa en un cáncer de páncreas o pancreatitis crónica, pienso que la pancreatografía es un examen muy adecuado y probablemente una prueba funcional con pancreozimina, secretina, un sondeo pancreático, un test de Lund, podrían ser elementos útiles. Si se nos presenta un paciente en insuficiencia pancreática con diabetes, con calcificación, etc no necesitamos realmente ir a probar con una pancreatografía, pero ésta puede ser útil, porque pueda que al cirujano que piensa intervenir al enfermo, le interese saber si hay cálculos dentro de los conductos, si hay distorsión, para planear su cirugía.

Dr. Guzmán: ¿ En su experiencia, ha visto usted relación entre los trastornos anatómicos de los conductos pancreáticos con la función pancreática?. Puede haber un páncreas muy anormal desde un punto de vista pancreatográfico, con función relativamente conservada.

Dr. Klinger: Desgraciadamente, como todas las cosas que pasan en Chile, hace 15 años atrás hubo la fiebre de hacer el sondeo pancreático; ahora nadie lo hace, porque la secretina y la pancreozimina son caras, hay que importarlas, cuesta traerlas, es un examen tedioso, demora aproximadamente 2 horas, hay que estar recolectando todo el volumen, hay que determinar el bicarbonato y así. No es un examen fácil de hacer, un examen que a uno le guste. Personalmente no tengo ninguna experiencia; la gente que trabaja en pancreatografía no correlaciona las pruebas funcionales con este método. Sólo hay un artículo de Nakami, en japonés, que dice que existe relación entre el deterioro anatómico y la función, pero existen discrepancias; está citado en el capítulo del libro de Fortrand y Schlesinger que se llama Colangiopancreatografía Endoscópica. Aparentemente lo habría en el grado de mayor deterioro. Se sabe que el páncreas tiene reservas funcionales extremadamente grandes y puede quedar un 10% de parénquima pancreático y arreglárselas bastante bien, a pesar de las lesiones anatómicas que puedan verse en la pancreatografía.

Planteada una pancreatitis crónica, pienso que el primer examen es probablemente la pancreatografía.

El conducto de Wirsung es mucho más fácilmente canulable y más fácil de demostrar que el conducto colédoco.

Cuando estudiamos la causa de una ictericia obstructiva, tenemos un 30% de fracaso en canular el colédoco, en cambio un 10 a 12% de fracaso en el Wirsung.

Dr. Guzmán: En resumen, entonces, en la práctica médica, el diagnóstico del pseudoquistes lo basamos en la clínica y en la ecografía. Como no disponemos de tomógrafo en

nuestro hospital, nos vemos limitados en este sentido porque no lo usamos rutinariamente. Hemos operado enfermos con diagnóstico clínico y ecográfico, con buena certeza. Para la pancreatitis crónica, de las técnicas de diagnóstico que tenemos, la pancreatografía es la que más se aproxima a dar el diagnóstico y una relación entre función pancreática y anatomía.

En opinión de los miembros de la mesa, ¿cómo pudiéramos estudiar a un enfermo con sospecha de un cáncer pancreático, un enfermo que tiene dolor y compromiso del estado general? ¿Ud. cree Dr. Barriga que la ecografía tiene un valor de screening, que una ecografía negativa frente a una sospecha clínica fundada, permite que el clínico se quede tranquilo?

Dr. Barriga: hasta cierto punto sí, y les voy a explicar por qué. Una ecografía negativa, en las condiciones en que vemos el páncreas o la región del páncreas, (a veces no logramos identificar el páncreas pero vemos el hígado, la arteria mesentérica, la zona que hay entremedio y sabemos donde debe estar el páncreas) cuando eso es negativo la especificidad es de un 90%. Hay un 10% de posibilidades de que haya cánceres pequeños que no estén produciendo un aumento de tamaño, ni alterando la transmisión del sonido en forma apreciable. De modo que si la sospecha es fuerte, debe seguirse adelante; si la sospecha es una, dentro de una gran lista de posibilidades, creo que tal vez la ecografía es un buen screening y si las otras cosas van saliendo negativas debe volver a replantearse la situación. Ningún screening va a dar 100%, todos tienen un margen de falsos negativos y falsos positivos. El problema de los cánceres pancreáticos es que los tumores pequeños son difíciles de detectar, sea con la tomografía, o con la ecografía.

Dr. Guzmán: Yo quisiera hacerle esa misma pregunta al

Dr. Passalacqua y preguntarle también específicamente - que nos detallara un poco más; la tomografía, según pareció entenderse en su exposición inicial, detecta fundamentalmente alteraciones del contorno de la silueta pancreática y de la densidad del parénquima. Ahora, el cáncer de páncreas suele ser de densidad distinta, es decir, ¿es detectable el tumor intrapancreático pequeño?

Dr. Passalacqua: No, hay un porcentaje que son de una densidad distinta y hay un porcentaje que son isodensos con el parénquima pancreático. Ahí está el problema. La precisión diagnóstica en tomografía, en Estados Unidos - en la serie de 4.000 casos del Dr. Stanley, en la Universidad de Washington, era 96%. Yo pienso que si el ultrasonido sale negativo, si hay una fuerte sospecha clínica, debe seguirse con tomografía computarizada de todas maneras.

Dr. Guzmán: ¿ cómo lo ordena usted? Dr. Klinger, Le pregunto esto como clínico y también como pancreatografista.

Dr. Klinger: yo diría que el problema es bastante confuso, por la razón de que ninguno de los métodos aquí expuestos, incluida la arteriografía selectiva, son métodos capaces de diagnosticar lesiones pequeñas, es decir que pudiéramos hacer el diagnóstico precoz del cáncer. A nosotros nos llegan siempre unas lesiones enormes en que no es ninguna gracia diagnosticar con ecografía, con tomografía o con colangiopancreatografía. Por parte debe diferenciarse si el cáncer está a nivel de la cabeza, de cuerpo o de cola de páncreas. El cáncer de cabeza, es un tumor que debuta habitualmente con ictericia, que nos lleva al diagnóstico con una sospecha mucho mayor que en el caso del cáncer de cuerpo y cola.

Pienso que los métodos no están compitiendo .

Creo que por primera vez contamos con algo que pueda ayudar, ecografía, tomografía, pancreatografía y arteriografía. En unos trabajos de Di Maggio y de Morgan de la Clínica Mayo, han señalado que probablemente la asociación de arteriografía con pancreatografía sea la mejor. Y en un trabajo de Coquin, también señala que la arteriografía con la pancreatografía serían los dos procedimientos mejores, pero que mejorarían en un 5% o un 10% el rendimiento, si asociaran la eco con la pancreatografía, la tomografía con la pancreatografía.

Yo vuelvo a lo mismo; como estos dos procedimientos no son invasivos, si estuvieran al alcance de la persona que tuviera que hacérselos, creo que debieran hacerse los dos exámenes ante la sospecha. Si es posible, debiera hacerse la pancreatografía y debiera hacerse la arteriografía. Es posible que este vaya a ser el camino para que lleguemos a diagnosticar lesiones más pequeñas y nuestra intervención sea útil, porque llegamos siempre tarde.

Dr. Guzmán: ¿ Esto significa que hasta el momento no se ha podido mejorar fundamentalmente el pronóstico de un enfermo con cáncer de páncreas? La combinación de las técnicas disponibles permitiría sin embargo un mayor rendimiento y el diagnóstico de lesiones más pequeñas.

Dr. Eiseman: Deseo saber qué tamaño tenían los pseudoquistes que vieron desaparecer y que tiempo de evolución llevaban.

Dr. Klinger: el tamaño fue variable, algunos tenían 10 cm., llegaron al hospital con las complicaciones de la pancreatitis aguda y permanecieron hospitalizados por un período de 6 semanas hasta la desaparición total del pseudoquiste.

Dr. Eiseman: El problema clínico es que los cirujanos - no tenemos manera de predecir si van a desaparecer o si tendremos que operarlos. No creo que un quiste que haya evolucionado durante cinco años vaya a desaparecer.

Dr. Tocornal: en un paciente obeso que ha tenido una pancreatitis aguda comprobada y en que se sospecha la evolución hacia un flegmón, pseudo quiste o un absceso pancreático, ¿ cuál sería el método diagnóstico de elección?.

Dr. Passalacqua: Creo que la elección estará dada por la presencia o ausencia de gases, ya que el Scanner puede hacer el diagnóstico mientras que es imposible hacerlo con el ultrasonido en estas condiciones.

Dr. Klinger: existe una contraindicación absoluta de colangiopancreatografía ante la sospecha de flegmón o de absceso.

Dr. Eiseman: ¿ Por qué no drena los pseudo-quistes del páncreas a través del endoscopio?.

Dr. Klinger: no he tenido pacientes con pseudo-quiste - desde que hacemos la colangiopancreatografía. En todo caso creo que no lo haría, ante el diagnóstico de un pseudo-quiste, por la posibilidad de introducir infección. - Hago presente que el procedimiento no se realiza en condiciones estériles. No se esteriliza el instrumento ni el catéter y el examen no se realiza en pabellón.

Dr. Eiseman: ¿ Por qué no puncionan el pseudoquiste ?.

Dr. Klinger: Creo que es muy difícil llegar al pseudoquiste mediante una cánula.

Dr. Eiseman: Lo que estoy preguntando es ¿por qué no -  
puncionar el pseudoquiste directamente desde el estómago  
a la trasecavidad de los epiplones?.

Dr. Klinger: Creo que es posible, pero no conozco expe-  
riencias.

Dr. Guzmán: No he conocido ningún audaz que aún lo haya  
hecho.

Dr. Eiseman: De acuerdo, pero no me cabe duda de que al  
guien lo hará.