

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>

P A N C R E A T I T I S C R O N I C A

=====

(CONFERENCIA)

Dr. Ben Eiseman

En esta oportunidad hablaré sobre la pancreatitis crónica. En mi exposición no me referiré a la pancreatitis asociada a litiasis biliar, la que parece ser mucho más frecuente en este país que en los Estados Unidos, ya que ésta se trata mediante la remoción de los cálculos biliares. Hablaré exclusivamente de pancreatitis no relacionada a cálculos biliares, que es una enfermedad diferente. No haré referencia a la etiología o fisiopatología de esta afección, sino más bien tocaré aspectos controvertidos del tratamiento, ya que esta es una enfermedad tratada en forma muy insatisfactoria.

Creo que el primer aspecto a comentar debe ser sobre cuáles son las probabilidades de que una persona que sufre una crisis de pancreatitis aguda desarrolle una pancreatitis crónica. Curiosamente, la primera crisis de pancreatitis aguda es muy severa, con una mortalidad de 6 % ; alrededor de un 83 % de los pacientes se recuperará, pero continuará presentando crisis recurrentes. No más de un 11 % de los pacientes que se recuperan de la pancreatitis aguda quedarán libres de síntomas en forma definitiva. Siempre queda la interrogante si la crisis aguda fue debida a intoxicación alcohólica

lica, a hiperparatiroidismo, sarcoidosis o alguna otra etiología.

Ante el caso particular de un paciente en primera crisis de pancreatitis aguda, habitualmente alcohólica y no relacionada a enfermedad litiásica de la vía biliar, existe un 83 % de probabilidades de que desarrolle lo que estamos llamando pancreatitis crónica.

La mayoría de estos pacientes son alcohólicos ; no más de un 5 % dejará de beber, lo que es una lástima. Aún así, el abandonar el alcohol no significa que su pancreatitis se detendrá. Aproximadamente un 50 % de ellos desarrollará una diabetes y un 30 %, de continuar bebiendo alcohol teniendo una pancreatitis crónica, tendrá insuficiencia pancreática con diarrea y esteatorrea.

Durante la crisis aguda, alrededor del 50 % de los pacientes desarrollará una acumulación de exudados en la región peripancreática, habitualmente en la transcavidad de los epiplones, la que al encapsularse constituirá el pseudoquiste. En aproximadamente el 50 % de los pacientes esta colección se reabsorberá, persistiendo en el otro 50 %. Las probabilidades de que los pseudoquistes se reabsorban espontáneamente son mayores en los de pequeño tamaño. Cuando persisten por 3 semanas o más, no se reabsorberán. De los que persisten, un 50 % se complicará con sangramiento, infección, perforación u obstrucción.

¿Qué puede hacer el cirujano frente a un pseudoquiste establecido? Esta es probablemente la única operación que el cirujano realiza con agrado frente a un enfermo de pancreatitis crónica. Una vez que hemos sido asegurados de que se trata efectivamente de un pseudoquiste, mediante exámenes de ecografía, tomogra-

fía computada o pancreatografía endoscópica, procedemos a abrir el estómago, hacemos una incisión en la pared posterior del mismo, abrimos el pseudoquiste al estómago, hacemos una anastomosis a puntos separados con material irreabsorbible y cerramos la gastrotomía. Es una operación muy simple que funciona felizmente bien, que da cuenta del pseudoquiste, pero no cura la pancreatitis crónica. Lo más importante es estar seguros antes de operar de que no hay dos, tres o cuatro quistes, de modo que puedan tratarse adecuadamente, comunicándolos entre sí, si es necesario. Esta es una de las grandes ventajas de contar con los medios de diagnóstico ya comentados. Se ha escrito mucho sobre la posibilidad de que el pseudoquiste sangre al comunicarlo al estómago. Personalmente nunca he tenido esa experiencia y creo que es exclusivamente un problema de técnica operatoria de utilizar puntos relativamente próximos de material irreabsorbible, preferentemente seda.

Para la toma de decisiones en cirugía lo primero es reconocer cuándo hemos llegado a un punto de toma de decisión. En seguida debe recurrirse a la base de información sobre la cual se fundará nuestra decisión y es posible que en ninguna otra materia exista tanta controversia como sobre los resultados de la cirugía en la pancreatitis crónica. Creo que la mayoría de nosotros, frente a pacientes con pancreatitis crónica, desearíamos que estos fueran tratados el máximo de tiempo posible por los médicos internistas y esto significa básicamente lograr que dejen de beber, procurar evitar que se hagan drogadictos o que recaigan en la dipsomanía. Ello significa tener que proporcionarles mucho apoyo emocional y ayuda psiquiátrica, siendo habitual el fracaso.

Deseo llamar la atención, sin embargo, sobre

el hecho señalado por White en Seattle, y Leger en Francia, que entre 10 y 20 % de los pacientes operados por ellos de pancreatitis crónica presentaban cáncer pancreático, del cual murieron. Por ello que todos los que tratan enfermos de pancreatitis crónica tienen la terrible duda de que se encuentren frente a un cáncer. Por supuesto que la pregunta obvia es si la inflamación crónica del páncreas desencadena el cáncer. Personalmente creo que puede existir una relación.

Una vez que consideremos fracasado el tratamiento médico ¿qué puede ofrecer el cirujano? Habitualmente tomamos el caso con reticencia pues sabemos que en una pancreatitis crónica no relacionada a litiasis biliar la cirugía no tendrá muy buenos resultados. Revisaremos cuáles son las posibilidades que se ofrecen al cirujano.

Los franceses, comenzando por Maleguy, Leger y otros, y con menos entusiasmo Mercadier, han propiciado la denervación simpática del páncreas. La simpatectomía pancreática en el espacio retroperitoneal es relativamente simple de hacer, pero al menos en mis manos no ha resultado muy efectiva. Mis pacientes se han visto libres de dolor por unos pocos meses, pero si continúan bebiendo volvían nuevamente a presentar dolores intensos. Según Leger, la tercera parte de sus pacientes que daron sin dolor en forma permanente. En todo caso, esta es una posibilidad de la cual la mayoría de los cirujanos no esperamos demasiado.

Antes de intentar ningún otro procedimiento quirúrgico es mandatorio hacer una colangiopancreatografía endoscópica. Dependiendo de los hallazgos del examen, deberá decidirse qué tipo de operación se deberá practicar, si es que se deciden a operar.

Si la colangiopancreatografía muestra una estrechez localizada del conducto de Wirsung a nivel de la ampolla de Vater con una dilatación retrógrada uniforme del mismo, si bien se trata de una situación extremadamente infrecuente, constituye tal vez el único caso en que está indicada la esfinteroplastia con ampliación de la desembocadura del conducto de Wirsung.

Con mayor probabilidad, la imagen será la de un rosario con múltiples estenosis ductales. Si el dolor es el problema principal podremos intentar la esplancnicectomía, con las expectativas de alivio ya expuestas ; pero habitualmente debe efectuarse algún procedimiento de drenaje. Tal vez el más recomendable sea el procedimiento de Puestow, en el cual se anastomosa una asa en Y de Roux de yeyuno sobre el conducto de Wirsung abierto longitudinalmente, drenando el páncreas al yeyuno. Debe tenerse presente que sólo se está drenando el aspecto anterior del páncreas y que la alteración de los conductos también afecta el aspecto posterior, el que no es tratado.

¿Cuáles son las probabilidades de curación con esta operación? Para comparar los resultados de diferentes series publicadas debe tenerse presente la calidad de pacientes de que se trate. Tom White, de Seattle, comunica 46 % de resultados excelentes, 35 % de resultados regulares y 19 % de fracasos. Sólo puedo comentar que estos resultados son mejores que los que pueda exhibir la mayoría de los cirujanos que se dedican a este campo. Los pacientes de la serie de White corresponden a clínicas privadas y probablemente constituyen un grupo de enfermos de mejor nivel cultural. La mayoría de los que trabajamos en hospitales universitarios o en hospitales de la Administración de Veteranos, nos enfrentamos a un tipo de pacientes de gran resistencia, en su mayoría alcohólicos crónicos, en los cuales la

pancreatitis crónica resulta muy difícil de tratar.

Una situación muy diferente es la estrechez segmentaria del Wirsung, secundaria a la pancreatitis traumática. Habitualmente ésta es producida por el cinturón de seguridad en los accidentes automovilísticos, en los cuales el páncreas es aplastado contra la columna vertebral. Aunque algunos pacientes no den el antecedente anamnético, la colangiopancreatografía lo pondrá en evidencia. Estos pacientes pueden ser curados mediante la resección de todo el páncreas situado a la izquierda de la columna vertebral. Habiendo tratado unos pocos casos no recomendaría el procedimiento de Duval, que consiste en seccionar el páncreas en dos partes y anastomosar los segmentos proximal y distal a un asa yeyunal de Roux en Y interpuesta. Esto no parece tener sentido, desde que se puede vivir normalmente con la mitad del páncreas y siendo la resección un procedimiento mucho más simple y curativo.

Child y Bill y Charles Fry, en Ann Arbor, en la Universidad de Michigan, preconizan una operación diferente para la pancreatitis con estenosis múltiple, la pancreatectomía casi total, conocida como operación de Child. Ella implica la resección casi total del páncreas, seccionando a la derecha de la vena mesentérica superior, dejando un mínimo de parénquima pancreático remanente para preservar la circulación nutricia del duodeno. Con esta técnica él afirma que el 80 % de sus pacientes puede reintegrarse a la vida de trabajo. Por cierto que este es un resultado muy bueno, mejor que lo que nosotros hemos obtenido. Con esta técnica los pacientes se hacen necesariamente diabéticos, pero en realidad cuando llegamos a operar a estos enfermos con pancreatitis crónica, la mayoría ha desarrollado ya una diabetes y se ha destruido literalmente el páncreas. Cuando se realiza la operación

de Child es indispensable que el paciente, el internista y el cirujano se mantengan en estrecho contacto. Como hemos dicho, la mayoría de estos enfermos son alcohólicos, personas irresponsables, y muchos no se colocan la dosis de insulina o se la colocan en exceso, oscilando entre el coma diabético y el shock insulínico. Estos pacientes resultan muy difíciles de tratar, de modo que es un arduo trabajo mantenerlos con vida. Tengo la impresión que una buena proporción de ellos, al igual que muchos alcohólicos crónicos, tienen una tendencia suicida.

Me referiré a otro aspecto de manejo de la pancreatitis crónica y corresponde al caso de pacientes portadores de una fístula pancreática. Habitualmente se trata de pacientes que desarrollaron un absceso, el que fue drenado, o un pseudoquiste, que por una u otra razón fue drenado al exterior. No es el caso de la fístula secundaria a un traumatismo pancreático, como un caso que hemos visto en este hospital en estos días. Aquí no se trata de un páncreas con un proceso de pancreatitis crónica, sino de un páncreas normal, lo que significa que la fístula eventualmente cerrará. Probablemente presentará varios episodios de cicatrización y refistulización, pero lo más probable es que cierre definitivamente en el plazo de un año. Pero ante un caso de fístula pancreática en un paciente con pancreatitis crónica, que tiene estenosis ductal, no se debe ser optimista y esperar un cierre espontáneo. Ocasionalmente hemos practicado una fístulo-yeyunostomía en asa en Y de Roux. No recomiendo esta técnica. Aunque parece una operación sencilla, no funciona bien. Ante un caso así recomiendo el procedimiento de Puestow: efectuar una pancreatectomía distal a la obstrucción y anastomosar un asa de yeyuno en Y de Roux, drenando toda el área. No es una operación fácil, debido a la extensa inflamación peripancreática.

He procurado destacar los aspectos controvertidos en el tratamiento de la pancreatitis crónica, en enfermedad cuyo tratamiento es insatisfactorio. He señalado las diferencias existentes entre la pancreatitis crónica relacionada y no relacionada a litiasis biliar y la diferencia entre los resultados del tratamiento en ambas. En la pancreatitis relacionada a litiasis biliar, el cirujano debe ser muy agresivo en cuanto a asegurarse que ha extraído todos los cálculos y establecer un buen drenaje biliar, con lo que el páncreas se recuperará. Pero si se trata de una pancreatitis no relacionada a litiasis biliar, a enfermedad de la paratiroides, hiperlipidemia, sarcoidosis u otras etiologías raras, traumática o secundaria a colangiopancreatografía endoscópica, el manejo es en principio médico. Aproximadamente un 15 % requerirá de tratamiento quirúrgico, sea la esplenicectomía, de la cual no soy partidario entusiasta, excepcionalmente el drenaje pancreático-yeyunal mediante la operación de Puestow y finalmente la operación de Child o la pancreatectomía total, cuando todos los otros intentos han fracasado.

Señoras y Señores, esta es mi última charla y quisiera expresarles con qué placer he visitado este prestigioso centro médico. He hecho amigos, encontrado muchas personas que han trabajado en mi país y he aprendido también mucho. Aprecio enormemente la concurrencia de ustedes a este curso y el haber sido su huésped en tan magnífico lugar.