



11209
2 ej 92
Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

**PANCREATITIS CRONICA Y SU
MANEJO QUIRURGICO**

TESIS RECEPCIONAL

Que para obtener el Título en:

LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL

Presenta:

El Dr. Oswaldo Barillas Avendaño

Puebla, Pue.

1985

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Introducción.-

pancreatitis crónica y la pancreatitis crónica recidivante son diferenciadas clínicamente porque en la primera hay un lento pero progresivo avance a la insuficiencia pancreática requiriendo terapia sustitutiva con enzimas pancreáticas y en la segunda por la presencia de episodios recurrentes de dolor con periodos de relativa calma entre estos. El resultado final es el mismo: insuficiencia pancreática (4, 12, 14)

La causa mas frecuente de esta entidad es el alcoholismo y es caracterizada por la presencia de dolor, en los cuadrantes abdominales superiores y dorso. Los recientes avances en el diagnóstico de esta entidad pueden precisar las características morfológicas del conducto pancreático principal, y así determinar la aplicación de las conductas quirúrgicas mas frecuentemente usadas: 1) la resección pancreática y 2) el drenaje interno (1, 3, 10, 18, 24)

Material y método.- Se revisan 5 casos de pancreatitis crónica de el Servicio de Gastroenterología Quirúrgica de el Hospital, de Especialidades IMSS de Puebla Pue. durante el lapso de tiempo comprendido entre enero de 1982 a diciembre de 1984. Se revisan las características clínicas, de laboratorio y gabinete, así como manejo quirúrgico empleado.

CASO CLINICO I.

Masculino de 38 años de edad.

AFNP.-Procede de medio socioeconómico bajo.Ocupación albañil.Alcoholismo positivo desde los 15 años de edad hasta 1978, con ingesta de etílicos hasta la embriaguez cada semana.

APP.-Se sabe diabético desde 1978, controlado con hipoglucemiantes orales, y posteriormente con insulina en forma irregular.En tres ocasiones presenta coma hiperglicémico.El paciente refiere además dolor a nivel de epigástrico de 4 años de evolución el cual se irradia a el dorso y se controla parcialmente con analgésicos.El paciente en una placa simple de abdomen tomada en el año de 1979 se encontró calcificaciones a nivel de topografía pancreática, sin embargo el paciente no acepta estudios complementarios.

PA.-Ingresa en el mes de mayo de 1982 por presentar cuadro séptico secundario a absceso de pared, el cual se complica con empiema y posteriormente absceso pulmonar que lleva a la muerte a el paciente.

En el estudio necrópsico se encontraron los siguientes hallazgos:Las vias biliares extrahepáticas se encontraron dilatadas, secundario a compresión extrínseca del colédoco en su segmento pancreático, por fibrosis de este último.El páncreas tenía un peso de 80grs. exteriormente muestra marcada deformación de su superficie debido a la presencia de múltiples nódulos .

A el corte del mismo, se encontró dilatación del conducto pancreático principal y la presencia de multiples calcificaciones en todo el trayecto de este (foto 1).



FOTO I.

CASO II.

Masculino de 67 años de edad.

APNP.-Procede de medio socioeconómico bajo alcoholismo positivo desde los 25 años de edad hasta hace 4 meses, ingiriendo de 2 a 3 litros de pulque diariamente con periodos de embriaguez cada semana.

APP.-Se sabe diabético desde hace 13 años con tratamiento a base de hipoglucemiantes orales. Se le efectuó plastia inguinal derecha y orquiectomia. Presenta desde hace 10 años episodios de dolor en epigástrico esporádicos cada 2 a 3 meses espontaneo y de corta duración.

PA.- Lo inicia hace dos meses caracterizado por dolor en epigástrico de moderada intensidad, cotidiano, permaneciendo continuo por espacio de 2 hrs. irradiándose en forma difusa a hipocondrio izquierdo y dorso, acompañándose de sensación de llenado gástrico precoz y estado nauseoso. Presenta en forma aislada eructos y agruras, así como hiporexia y pérdida de peso en este último mes de 8 Kgs.

EP.-No ictericia. Abdomen con tumoración en hipocondrio izquierdo con irradiación a epigástrico, irregular, tendiendo a ser redondeada, de consistencia dura, de 8 a 10 cms. de diámetro. El paciente durante su hospitalización presenta cuadros doloroso importantes que remiten con analgésicos.

SEGD.- (02-V-83) Rechazamiento anterior del estómago y presencia de tumoración retroperitoneal.

Estudio endoscópico (04-05-83) estómago y duodeno normales. No es posible canular el Wirsung.

Con diagnóstico preoperatorio de pseudoquistes de páncreas es manejado quirúrgicamente sin embargo al efectuar pancreatografía transoperatoria, se encontró Wirsung dilatado (foto 2), por lo que se efectúa además de resección del pseudoquiste pancreatocystoanastomosis terminoterminal tipo Du-Val. (foto 3, con imagen de pseudoquiste).

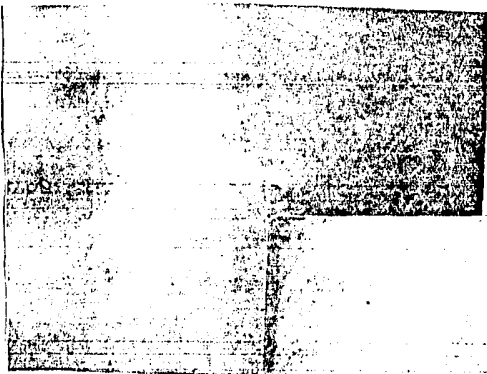
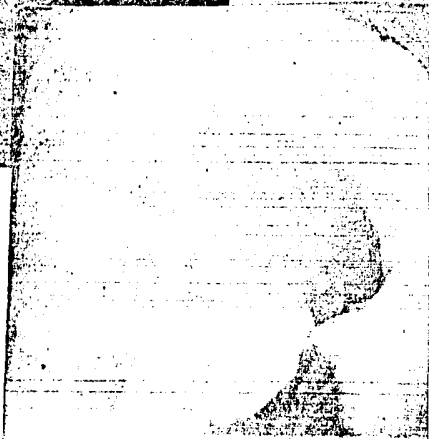


FOTO II

FOTO III.



CASO III.

Masculino de 26 años de edad.

APNP.-Trabaja como obrero industrial, tabaquismo positivo desde los 18 años de edad a base de 6 cigarrillos diarios; alcoholismo positivo desde los 18 años hasta abril de 1984 a base de episodios de embriaguez por un día cada 15 a 20 días.

APP.-Herida por proyectil de arma de fuego en mano izquierda.

PA.-Lo inicia hace 4 años con presentación cotidiana durante una semana, de dolor intenso en epigástrico de tipo urente, asociado a agruras, pirosis, náuseas y meteorismo sin relación directa con algún tipo de alimento, pero exacerbándose en periodo post prandial, lo anterior remitió espontáneamente; asintomático durante dos años y a partir de 1982 residiva del cuadro por lapsos de una a dos semanas sin modificación con antiácidos o cimetidina y a partir de abril de 1984, dolor más frecuente con irradiación a región lumbar en forma de cinturón y remisión parcial con analgésicos o vómitos glerobiliares autoprovocados. Nunca fiebre, ictericia o sangrado del tubo digestivo. Pérdida de peso en el último mes de 5 Kgs.

SEGD.-(31-07-84) Calcificaciones a nivel de la topografía pancreática.

Amilasa sérica 845Us. Amilasa urinaria de 2hrs 4207 Us.(22-VII-84)

Amilasa sérica 472 Us. Amilasa en orina de 2 hrs.1740Us(24-VII-84)-

Pancreatografía transduodenoscópica(22-IX-84)

El Wirsung tortuoso y dilatado, inclusive en ramas de la cabeza del pancreas, dificultad para avanzar el cateter e inyectar el contraste .

Ultrasonografia de vesícula biliar: normal. El paciente continua con cuadros doloros importantes aproximadamente cada 7 dias, por lo que se decide manejo quiurúrgico, mismo que se efectua el dia 20 de diciembre de 1984, habiendo tenido como hallazgos: pancreas de consistencia muy dura con calcificaciones en todo el parenquima, no fue posible tomar pancreatografia transoperatoria, dado que el conducto a nivel de cuerpo y cola herma muy delgado. Dado lo anterior se efectua espleno pancreatectomia corpocaudal en un 90%. El reporte histopatológico fue de cirrosis pancreática.

A los 10 dias de postoperatorio el paciente no ha vuelto a presentar dolor.

CASOIV.

Femenino de 43 años de edad.

APNP.- Procede de clase media con buen aporte caloricoproteico, trabaja como enfermera, tabaquismo positivo desde los 35 años pero solo esporadicamente. Alcoholismo social desde los 35 años de edad.

APP.- Traumatismo abdominal importante en la infancia que amerito hospitalización. Refiere cuadros diarreicos crónicos. No hay datos de diabetes mellitus.

PA.-La paciente refiere cuadro doloroso en e pigastro en 1976,transfictivo a columna,quē amerito manejo con sonda nasogástrica y anal gésicos,y posteriormente asintomática,hasta el 11-12-84 en que presenta súbitamente dolor intenso en epigástrico y mesogástrico transfictivo,ademas de estado nauseoso y vómitos de tipo glerobiliar,el cual amerito manejo con sonda nasogástrica,presentando nuevo cuadro doloroso 5 dias despues el cual fue controlado,igual.

Se reporta elevaciones de amilasa sérica durante los cuadros dolorosos hasta de 1289.

Placa simple de abdomen(11-12-84)multiples calcificaciones a nivel de D-XII,topografia de cabeza de pancreas.

Colangiografia endovenosa(27-12-85)muestra vesicula y via biliar normal.

SEGD(12-10-85)calcificaciones multiples a nivel de cabeza de pancreas.

La paciente tiene citada endoscopia para el 25 de febrero de 1985.

Actualmente controlada en consulta externa y se encuentra practicamente asintomática.

CASO -V.

Femenino de 65 años.

APNP.-Procede de clase media baja.alcoholismo positivo a base de un litro de pulque diario desde los 30 años de edad hasta la fecha.

APP.-Se sabe diabética desde hace 9 años,controlada con hipoglucemiantes orales,hospitalización en dos ocasiones por descontrol me-

tabólico.

PA.-La paciente refiere dolor a nivel de epi-gástrico transfixivo desde hace 5 años en forma esporádica, que remite con analgésicos, sin embargo de 6 meses a la fecha se ha hecho mas intenso y con frecuencia de una a dos veces por mes.

La exploración física sin datos importantes para pancreatitis crónica.

Placa simple de abdomen (25-IV-82) presencia de calcificaciones en topografía pancreática.

Colangiografía IV(28-IV-82) mostró vesícula biliar excluida. Via biliar principal normal.

Con diagnóstico preoperatorio de colecistitis crónica litiásica y pancreatitis crónica es sometida a cirugía el día 04 de junio de 1982, habiendo efectuado colecistectomía, y al efectuar pancreatografía transoperatoria, se encontró wirsung dilatado y en forma mas importante a nivel de cuerpo y cola de pancreas, por lo que se efectua d derivación pancreática interna tipo Du-Val.

En el postoperatorio la paciente presenta descontrol metabólico importante ademas de desequilibrio hidroelectrolítico y acido base, lo anterior condiciona la muerte de la paciente 3 dias despues de la cirugía.

RESULTADOS:-

Historia clínica.-Se presentaron 5 pacientes (3 hombres y 2 mujeres) con edades de 26 años el menor y 67 el mayor. La etiología más frecuentemente encontrada fue el alcoholismo en 4 pacientes y una paciente con antecedente de traumatismo abdominal importante. Tres pacientes presentaron diabetes mellitus, en ningún paciente se encontró es-teatorrea o ictericia.

El caso II presentaba a la exploración masa abdominal compatible con pseudoquiste pancreático.

La indicación quirúrgica en los tres pacientes intervenidos fue el dolor.

Un paciente no aceptó estudios complementarios demostrándose pancreatitis crónica litiasica en la autopsia. Una paciente (caso IV) la cual no presentaba datos de insuficiencia pancreática, y el dolor se ha controlado bien, se encuentra bajo manejo conservador.

Exámenes de laboratorio.-Generalmente se encuentra elevación de amilasa durante los cuadros dolorosos, siendo generalmente normal entre los periodos de calma.

Otras alteraciones de laboratorio encontradas fueron anemia en 3 pacientes (1, 2, 5).

Estudios radiográficos.-

La placa simple de abdomen fue la que dio la pauta en el diagnóstico de pancreatitis crónica, ya que en los 5 pacientes se encon-

traron calcificaciones en topografía pancreática.

La colangiografía intravenosa es útil para valorar las vías biliares extrahepáticas ante la posibilidad de litiasis o compresión extrínseca de la misma (2, 16, 18, 26), en nuestros casos no hubo problema en la vía biliar únicamente exclusión vesicular en el caso V. Pancreatografía transduodenoscópica.- Únicamente se efectuó en un paciente la cual dio el diagnóstico de pancreatitis crónica en ese caso.

La pancreatografía transoperatoria determinó en los casos 2 y 5 el manejo quirúrgico a seguir.

Manejo quirúrgico.-

Estuvo en relación a la morfología del conducto pancreático principal a la pancreatografía habiéndose efectuado una pancreatectomía corpocaudal de un 90% en relación a estenosis del wirsung en cuerpo y cola de páncreas, y dos derivaciones internas tipo Du-Val, en función de un wirsung dilatado en los segmentos de cuerpo y cola del páncreas.

Evolución.- El caso II no ha vuelto a presentar dolor después de dos años de control y en el caso III el paciente se encuentra sin dolor ni diabetes.

Complicaciones.- Una paciente (caso V) murió por descontrol metabólico.

DISCUSION.

El síndrome pancreatitis crónica recidivante fue descrito por primera vez por Gambiñ y Baggenstons en 1946, en su amplia revisión ellos describen las características clínicas, anatómicas y patológicas que caracterizan este síndrome (4, 21).

Es más frecuente en los hombres que en las mujeres con una relación de 6 a 1 (6, 14, 20).

El abuso del alcohol es el factor etiológico más común hasta en un 80 a 90% (3, 12, 23).

El cuadro clínico que frecuentemente presentan estos pacientes es el dolor en un 90% de los casos el cual puede presentarse por severos ataques, en ocasiones por dolor moderado y en otras como dolor leve persistente (2, 4, 18, 23, 24, 28).

Las manifestaciones de insuficiencia pancreática que presentan estos pacientes son Diabetes mellitus en un 30 a 60%, y esteatorrea en un 5 a 30% (6, 9, 20).

Otros signos presentes son: Ictericia en un 20 a 30%, sangrado gastrointestinal 9 a 15% ascitis pancreática 2%, masa abdominal palpable en un 5% (pseudoquistes) (2, 3, 8).

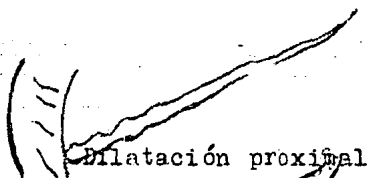
La pancreatografía transduodenoscópica es el estudio que nos da el diagnóstico y la morfología del conducto pancreático principal y nos permite la selección de un procedimiento quirúrgico adecuado.

Lo anterior deberá corroborarse con una pancreatografía transoperatoria, para así

Corroborar lo anterior(10, 17).

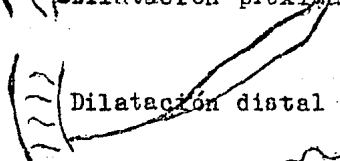
MORFOLOGIA DEL WIRSUNG

TIPO DE CIRUGIA.



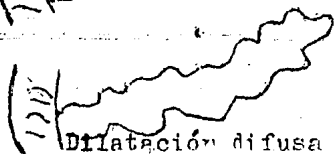
Dilatación proximal

Esfinterotomía.



Dilatación distal

Drenaje tipo Du-Val.



Dilatación difusa

Drenaje tipo Lues-Tow.



Conducto esclerosado

Pancreatectomía subtotal (Chil.)

Cambios morfológicos del conducto pancreático demostrados por colangiopancreatografía.

Stone L. Eaton. Inflammatory disease of the pancreas. Year Books 1975.

Las indicaciones quirúrgicas de la pancreatitis crónica son:

- 1.-El dolor, intratable por medios conservadores.
 - 2.-Reiteración de crisis agudas o subagudas que van lesionando gradualmente las propiedades funcionales de la glándula.
 - 3.-Presencia de complicaciones tales como ictericia, obstrucción duodenal, pseudoquistes pancreáticos, abscesos (2, 3, 4, 6, 12, 16, 21).
- MANEJO QUIRURGICO:

Comprende este:

1.-Métodos indirectos.-

1.1.-Colecistectomía en casos de litiasis vesicular

1.2.-Coledocotomía y extirpación de cálculos coledocianos.

1.3.-Esfinterotomía en pacientes con estenosis del oddi.

1.4.-La sección de los nervios esplácnicos controla en algunos casos el dolor.

2.-Métodos directos:

1.-Drenaje interno.-En 1911 Link efectuó una pancreatostomía en una paciente de 22 años de edad con pancreatitis crónica habiendo tenido alivio del dolor. Un paso importante en el manejo de la pancreatitis crónica lo dio Berens en 1954 al examinar los cambios morfológicos del conducto pancreático principal en la pancreatitis cró-

nica. Dentro de estos tenemos:

a) Pancreaticoyeyunostomia terminoterminal en la cola, del pancreas parcialmente reseca (Duval). En 1954 Duval publica esta técnica, la cual tiene una efectividad en el control del dolor de 80%. (12=17).

b) Pancreaticoyeyunostomia longitudinal anterior (Puestow) Aquí se realiza la apertura total del conducto pancreatico dilatado, y se anastomosa una asa yeyunal desfuncionalizada. Esta técnica la publico Puestow en 1957, reportandome buenos resultados para el control del dolor de un 85 a 90% (27).

2.- Resección pancreatica:-

a) Pancreatectomia distal de un 95%, fue empleada por primera ocaçion por Fry y Child en 1965, reportando excelentes resultados.

b) Pancreatectomia distal (cuerpo y cola) y la duodenopancreatectomia, estan indicadas cuando la lesi3n se encuentra confinada a solo un segmento del pancreas.

3.- Manejo de las complicaciones de la pancreatitis cr3nica, tales como pseudoquistes de pancreas, compresi3n extrinseca del col3doco, y absceso pancreático.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Braasch W.Jhon.Total pancreatectomy for end-stage chronic pancreatitis. Ann of Surg. 188:317-322;1978.
- 2.-Braasch W.Jhon.Obstruction of the commun biliary duct by biliary duct carcinoma;chronic pancreatitis and calculus in commun duct Ann of Surg.176:13-15;1972.
- 3.-Bradley L.Edward.Hyperbilirrubinemia in in flammatory disease:Natural history and manage^{ment}. Ann of Surg.188:629-632;1978.
- 4.-Bolman Morton R.Surgical management of chro^{nic} relapsing pancreatitis. Ann of Surg.193:125-131;1981.
- 5.-Cameron L.Jhon.Distal pancreatectomy and islet autotrasplantation for chronic pancrea^{tis}. Ann of Surg.193:312-317;1981.
- 6.-Campuzano Manuel.Tratamiento quiurúrgico de las pancreatitis crónicas.En Villalobos J. J.Gastroenterologia Vol.IIEditorial Méndez Oteo, pag.611;Mex.1981.
- 7.-Cohen Jhon.Pancreaticoduodenectomy for be^{nign} disease. Ann of Surg.19:68-70;1983.
- 8.-Crass Richard.Acute and chronic pancreatic pseudocyst are different.The am.J. of Surg; 142:660-664;1981.
- 9.-Dutta S.K.Fat-soluble vitamin deficiency in treated patients with pancreatic insuffi^{ciency}. Gastroenterology.76:1126-1132;1979.
- 10.-Ghazi Ali.Endoscopic retrograde cholangio pancreatography and sphincterotomy. Ann of Sur^g 199:21-27;1984.

ESTA COPIA NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 11.-Goodale L Robert. Clinical and secretory differences in pancreatic cancer and chronic pancreatitis. Ann of Surg. 194:193-199; 1981.
- 12.-Jimenez H, Analysis of 101 cases of of chronic pancreatitis with emphasis on the indications and results of its operative treatment. Gastroenterology. 76:1161-1167; 1979.
- 13.-Laugier Rene. Chronic obstructive pancreatitis after healing of a necrotic pseudocyst. Am. J. of Surg. 146:551-557; 1983.
- 14.-Lougmiere P. William. The visissitudes of pancreatic surgery. Am. J. of Surg. 147:17-24; 1984.
- 15.-Lerut J. P. Pancreaticoduodenal resection. Am of Surg. 199:432-437; 1984.
- 16.-McCollum William. Obstructive jaundice in patients with pancreatitis without associated biliary tract disease. 182:116-120; 1975.
- 17.-Nardi GL. Transduodenal sphinteroplasty: 5-25 year follow-up of 89 patients. Ann of Surg. 198:453-461; 1983.
- 18.-Pera Cristobal. Avances en cirugia. Edit. Salvat: 141-154; 1972.
- 19.-Prienz R. A. Pancreatic duct drainage in 100 patients with chronic pancreatitis. Ann of Surg 194:313-318; 1981.
- 20.-Rosado Luis. Tratamiento quiurúrgico de la pancreatitis crónica. Rev. Gastroenterologia Mex. 48:173-178; 1983.
- 21.-Sarles jean-Claude. Surgical treatment of chronic pancreatitis. 144:317-321; 1982.
- 22.-Sigel Bernard. The role of inwging ultrasound during pancreatic surgery. Ann of Surg. 200:486-490; 1984.

- 23.-Taylor Thomas.Result of surgical treatment of chronic pancreatitis.189:217-224;1979
- 24.-Traverso William.Surgical treatment of chronic pancreatitis.Ann of Surg.190:312-317 1979.
- 25.-Uscanga.Diagnóstico y tratamiento de psoe udoquiste pancreatico.Rev.Inv.Clin.35:15-19 1983.
- 26.-Vogt P.David.Choledochoduodenostomy, Choledochoyeyunostomy or sphincteroplasty for biliary and pancreatic disease.Ann of Surg. 193:161-168;1981.
- 27.-Warshaw Al.The cause and treatment of p pancreatitis associated with pancreas divisum.Ann of Surg.198:443-452;1983.
- 28.-Wolfson P. Surgical management of inflammatory disorders of the pancreas.Surg.Gynecol obstet.151:689-698;1980.