

CIRUGÍA GENERAL

LESIONES QUIRÚRGICAS DEL PÁNCREAS

Dr. JAMES T. PRIESTLEY

DEBIDO a los progresos conseguidos en los últimos años respecto al reconocimiento y tratamiento de las lesiones pancreáticas, se ha multiplicado el interés del médico y del cirujano, aunque ambos reconocen lo mucho que todavía falta para la perfección diagnóstica y la intervención satisfactoria. En estas líneas será imposible ni siquiera comentar todos los aspectos del conjunto de las lesiones pancreáticas, por lo que sólo se relatarán las más frecuentes y de interés más inmediato.

Pancreatitis

Pancreatitis aguda. — La pancreatitis aguda se suele dividir en dos tipos: la intersticial o edematosa, y la llamada necrosis pancreática aguda, también conocida por pancreatitis hemorrágica.

La *necrosis pancreática* aguda suele ocurrir en ambos sexos en el promedio de la edad adulta, con más frecuencia en el sujeto alcohólico y en el paciente obeso. El comienzo es brusco, marcado por dolor en el hipocóndrio, irradiado hacia la espalda. Este dolor persiste horas y hasta días, sin que se alivie con la morfina. El examen revela sensibilidad al tacto, ausencia de temperatura, cierta rigidez de la pared ventral, náusea y ligera tendencia al colapso. En casi todos los casos el laboratorio revela el aumento de los valores de la lipasa y de la amilasa del suero, aunque se obtienen las mismas cifras altas en la perforación aguda de la úlcera duodenal. En tanto que esta afección patológica se consideró antes que debía tratarse con la intervención quirúrgica, ahora muchos médicos y cirujanos están de acuerdo en que la terapia debe ser más conservadora.

La *pancreatitis edematosa aguda* presenta un cuadro similar aunque menos intenso; se debe tratar también médicamente.

La *pancreatitis recurrente*, aguda o subaguda, se reconoce hoy por muchos como una entidad clínica bien definida. Desde el punto de vista

clínico, se caracteriza por episodios recurrentes de dolor en la parte superior del abdomen, los cuales son variables en intensidad y en duración; en tanto que al comienzo de la afección los dolores pueden ser muy distanciados; según progresa la historia llegan a ser habituales cada semana o hasta con más frecuencia. Los síntomas que acompañan al episodio son la náusea, el vómito, la sensibilidad abdominal y la distensión. Entre los ataques, el paciente puede sentirse perfectamente bien o tan sólo acusar ligeras molestias gastrointestinales. En la mitad de estos enfermos se descubren síntomas de tipo biliar. La amilasa del suero vuelve a la normalidad pocas horas después del ataque, en tanto que el valor de la lipasa permanece elevado durante algunos días. El valor muy bajo del calcio sérico durante el ataque, suele indicar un pronóstico grave. Como resultado del vómito pueden notarse síntomas de deshidratación. También es posible la concentración del azúcar en la sangre si la función de los islotes se ha reducido en extremo.

Hay varias *complicaciones* que pueden alterar el aspecto clínico de la afección. La ictericia tiene tendencia a presentarse siempre que el páncreas dilatado e indurado ejerce presión sobre el colédoco, pero el valor de la bilirrubina no suele llegar a 5 mg. por 100 c. c. La insuficiencia pancreática es común si las lesiones del parénquima son extensas como consecuencia de los ataques repetidos, lo que puede manifestarse por esteatorrea (insuficiencia externa) o por diabetes (insuficiencia interna). Durante un ataque se puede formar un pseudoquiste, el cual se palpa al remitir el fenómeno agudo. La calcificación se podrá revelar con los rayos X. Menos veces pueden ocurrir hemorragias o, en orden de frecuencia, es posible que evolucione un absceso peripancreático. La comprobación de antiguas necrosis pancreáticas es habitual si la intervención se decide en un momento adelantado del curso de la afección.

Aunque la *causa* es dudosa, se han indicado algunos hechos coincidentes. La inyección experimental de bilis en el conducto pancreático de los perros tiene por consecuencia fenómenos de pancreatitis aguda, lo cual sugiere este mismo mecanismo en el hombre en condiciones patológicas. Desde el punto de vista clínico se ha notado que muchos pacientes de pancreatitis aguda daban una historia de abuso de alcohol. El trauma, la fatiga y la infección no parecen tener importancia etiológica como se ha supuesto.

Aunque ninguna medida de orden médico reduce la frecuencia de los ataques, se indican varias medicaciones durante el curso de los mismos, así como para atenuar la insuficiencia de la glándula. En los paroxismos se aconsejan los opiados, la administración parenteral de líquidos, y las medidas generales de sostenimiento. Los antibióticos no parecen ser de

gran utilidad. Deberá averiguarse la presencia de diabetes, para proceder terapéuticamente en la forma corriente en esta clase de trastorno. La insuficiencia externa impone las medidas dietéticas y el uso de la pancreatina.

Se han propuesto diferentes métodos quirúrgicos para la prevención de los ataques, el primero de los cuales, cronológicamente, fué la colecistectomía, con resultados poco alentadores; tampoco la colecistostomía es de gran valor. La terapéutica quirúrgica parte de la base de que los ataques recurrentes son provocados por el reflujo de la bilis en los conductos pancreáticos, por lo que se busca evitar toda obstrucción en la región de la ampolla de Vater, así como impedir que aumente la presión en el interior del colédoco. La práctica para llevar a cabo tales medidas es proceder primero a la corrección de cualquier enfermedad en el sistema biliar, para después establecer un drenaje prolongado, por inserción de un tubo en T en el colédoco o por la colédocoduodenostomía. Otros cirujados han presentado sus métodos personales, tales como la dilatación de la región ampollar del colédoco y la llamada esfinterotomía interna del músculo de Oddi. Aunque la experiencia no es muy abundante, parece que estos procedimientos deben dar resultados sólo temporales.

La práctica indica que es necesario operar en el sentido de lograr el drenaje biliar si los síntomas fundamentales son los ataques recurrentes de dolor intenso, pero sin molestias apreciables en los intervalos; parece razonable suponer que los ataques que se repiten con más o menos regularidad son provocados por el reflujo recurrente de bilis en el conducto pancreático, en tanto que los dolores persistentes están en relación con alteraciones de tipo inflamatorio. En estas últimas circunstancias se puede hacer poco para modificar el estado de la glándula, de modo que la principal indicación es tratar de aliviar el dolor; se ha recomendado entonces la pancreatectomía total, aunque no es un procedimiento recomendable por costumbre. En los últimos años, se ha recurrido para aliviar el dolor, a la esplenicectomía o, a veces, a la simpatectomía tóracolumbar, con resultados bastante apreciables.

El tratamiento médico se indica al mismo tiempo para la insuficiencia pancreática. En otras circunstancias se forman cálculos en el páncreas, lo que requiere su eliminación.

Quistes

Seudoquistes. — El más común de todos los quistes pancreáticos no es un verdadero quiste, puesto que no consta de revestimiento epitelial; en realidad es una colección de materiales más o menos líquidos, muchas veces adyacente a la glándula, con pared envolvente de tejido fibroso.

Aunque puede aparecer en todos los puntos topográficos en relación con el páncreas, se le halla generalmente a la derecha o izquierda de la línea media, por encima o por debajo del estómago y del duodeno. Su tamaño puede llegar a más de 30 cm. de diámetro.

El traumatismo y la pancreatitis son los dos *factores etiológicos* más comunes en la evolución de los pseudoquistes, especialmente el segundo.

El dolor es el síntoma apreciado más veces en relación con el pseudoquiste, puesto que se registra en el 85 % de los casos, sin duda provocado en buena parte de las ocasiones por la pancreatitis asociada. Es también frecuente la dispepsia flatulenta.

El examen físico suele revelar la pérdida de peso reciente. La ictericia es patente en algo menos que en un tercio de los casos, pues está en relación con el lugar que ocupa el quiste, el tipo e intensidad de la pancreatitis, y la posible asociación con la calculosis biliar. El hecho que más llama la atención al examen físico es el hallazgo de una masa en la parte alta del abdomen, presente en un 80 % de los casos, cifra que sin duda sería superior si no fuera que muchos de estos quistes son de tamaño reducido. Algunas veces, la masa es de consistencia tan firme y su inmovilidad tan arraigada que el médico puede suponer que se trata de una neoplasia.

Los análisis de laboratorio pueden suministrar información de importancia diagnóstica. Los valores de la amilasa y de la lipasa séricas pueden ser elevados. La diabetes será tanto más acusada cuanto más extensa sea la destrucción del parénquima pancreático. Una radiografía del abdomen puede revelar el desplazamiento del estómago y del duodeno en relación con la masa que posiblemente se ha apreciado por palpación; un quiste de la cabeza de la glándula puede motivar el ensanchamiento normal del asa duodenal, lo que se demostrará en los estudios radiológicos.

El *tratamiento quirúrgico* de un pseudoquiste del páncreas será distinto según sean su tamaño, situación y características físicas. El método más seguro y, en general, más satisfactorio de los empleados, es la marsupialización y el drenaje. La escisión total del quiste se emplea raras veces, a no ser que sea muy pequeño, debido a la ausencia de verdadera pared quística, así como por las adherencias a los tejidos vecinos. No merece esta lesión que se reseque la porción del páncreas correspondiente, en especial si el quiste está situado en la parte de la cabeza. Si se recurre al drenaje, la primera indicación es mantenerlo el tiempo suficiente para el colapso completo y el cierre de la cavidad; de otro modo es posible la recurrencia. El período que se requiere está en relación con el tamaño del tumor, la infección que puede presentarse, y la cantidad de secreción pancreática externa que se escapa por el drenaje; en términos generales

se impone un mínimo de 4 semanas, pero puede llegar a igual número de meses.

Quistes de retención. — Como lo indica su nombre, los quistes de retención del páncreas son los que contienen los productos de la secreción externa de la glándula. Estos quistes tienen una pared epitelial verdadera. Su desenvolvimiento depende de la obstrucción parcial y persistente de la salida de la secreción externa. La oclusión completa suele tener por consecuencia la atrofia de la porción proximal de la glándula, con excepción de las porciones que producen la secreción interna. El traumatismo es tal vez la causa más frecuente de los quistes de retención, pero los cálculos o la inflamación pueden ser también factores causales.

Quistes neoplásicos. — Pueden ocurrir en el páncreas otros tipos de lesiones quísticas, pero la ocurrencia es bastante más rara. Probablemente se encuentra con más frecuencia que otros el cistoadenoma. Estos quistes de naturaleza neoplásica determinan un tumor palpable, signos de presión, dolor, pérdida de peso, y molestias en el aparato digestivo. Estas tumoraciones pueden evolucionar en cualquier punto de la glándula, pero lo hacen con más frecuencia en el cuerpo o en la cola. Suelen alcanzar tamaño considerable antes de que se puedan apreciar por la simple palpación.

Desde el punto de vista patológico, estas lesiones varían de aspecto, desde una lesión unilocular, de pared fina, hasta una lesión compleja, esponjosa y multilocular, separada por una pared recia. El epitelio de revestimiento puede ser columnar, cuboidal o mucoso, semejante al del intestino. El contenido, a veces claro, puede estar teñido de residuos hemáticos antiguos. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica, puesto que la marsupialización y el drenaje sólo motiva fístulas permanentes o la recurrencia del quiste.

También es posible la aparición en el páncreas del adenocistocarcinoma. Los síntomas son semejantes a los del cistoadenoma, aunque se aprecian más pronunciados. Desde el punto de vista patológico, el aspecto de esta lesión maligna es bastante variado. Puede ser parcialmente sólido. La pared es bastante gruesa en algunos puntos, pero aparecen proyecciones papilares, de aspecto sésil, que se insinúan en el interior del quiste. La malignidad de esta neoplasia no es excesiva pues queda limitada como tal en la cavidad intraquística, sin que tenga tendencia a invadir los tejidos próximos. El tratamiento es la extirpación quirúrgica.

Otros quistes neoplásicos, pocas veces encontrados, son los de naturaleza sarcomatosa y teratomatosa. Algunas veces se puede tratar de la degeneración quística del carcinoma ordinario del páncreas.

Quistes congénitos. — Algunos quistes del páncreas, verdaderamente

raros, se consideran la consecuencia de una evolución anormal. Se han encontrado en número abundante y se les ha llamado "quistes disontogénicos" para indicar su origen. La enfermedad poliquística, la cual comprende al páncreas y está en relación con quistes del hígado, del sistema nervioso central, de la retina y de otros puntos, es lo que se conoce como enfermedad de Lindau y von Hippel. Los quistes dermoideos son extremadamente raros. La fibrosis quística del páncreas, descrita por primera vez en 1938, se ha reconocido más veces los últimos años, sobre todo en los niños, aunque puede ocurrir en la edad adulta; se la ha relacionado algunas veces con la obstrucción intestinal y con el íleo de meconio.

Quistes de parásitos. — Los quistes del páncreas en relación con los parásitos se encuentran pocas veces, en tanto que se citan algunas veces los quistes hidatídicos pancreáticos.

Carcinoma

El carcinoma pancreático es una neoplasia que puede evolucionar a partir de los elementos acínicos y, con menos frecuencia, de los conductos. Los tumores de las islas de Langerhans son decididamente menos comunes, con un cuadro clínico opuesto al carcinoma ordinario del páncreas. Aunque éste se ha reconocido como entidad clínica hace ya mucho tiempo, se ha logrado relativamente poco en lo referente a mejorar las condiciones de diagnóstico y tratamiento. Desgraciadamente, no se le suele reconocer hasta avanzada su evolución, pues en las primeras fases apenas es sintomático, con la consecuencia de que, al diagnosticarlo, casi no queda oportunidad de intentar alguna medida terapéutica eficaz.

La implantación de la neoplasia determina cierta variedad en los síntomas sucesivos. La tumoración próxima al colédoco será, posiblemente motivo de una ictericia relativamente pronto, en marcado contraste si la neoplasia está alejada de dicho conducto. También una neoplasia adyacente al duodeno podrá motivar la ulceración del mismo, con hemorragia que levantará sospechas. Por alguna razón que no se comprende, el carcinoma del páncreas se implanta con mucha más frecuencia en la cabeza y cuello de la glándula que en su cuerpo o cola.

Desde el punto de vista del *diagnóstico*, deberá insistirse en que el dolor es un signo fundamental en la mayoría de los casos (75 %), en tanto que la ictericia sólo se comprueba en el 25 %. El término "ictericia indolora" ha sido empleado con excesiva frecuencia para significar que se debe al cáncer pancreático. De manera típica, el dolor en estos casos es poco preciso, sentido en la parte alta del abdomen y propagado a la espalda; casi siempre aumenta de intensidad hasta requerir el alivio con los opiados.

Se distingue del dolor calculoso en que no es, como éste, de tipo cólico. Los otros síntomas son la anorexia, la pérdida de peso y el prurito, en el caso de que coexista la ictericia.

El diagnóstico se precisa si en un sujeto que ha perdido de peso se aprecia una masa en la parte superior del abdomen, de consistencia firme, fija, y sin mucha sensibilidad al tacto. En caso de ictericia es posible hallar una vesícula distendida, así como hipertrofia hepática. La ascitis es excepcional, a no ser que la afección esté muy adelantada.

Los hallazgos de laboratorio son de poco valor directo, pero pueden tenerlo para eliminar otras afecciones. Las reacciones de la función biliar no indican enfermedad parenquimatosa primitiva del hígado. La ictericia se demuestra que es de tipo obstructivo. Los estudios de la enzimas pancreáticas en la sangre dan cifras normales. Si el tumor provoca la oclusión de los conductos pancreáticos será posible encontrar cierta insuficiencia pancreática externa, pero, en cambio, la diabetes es excepcional.

El tratamiento quirúrgico del carcinoma del páncreas presenta un cuadro desalentador. Por lo común, en el momento de la exploración del contenido del abdomen, la evidencia se revela por una masa dura en el cuerpo de la glándula pancreática. Algunas veces puede ser, sin embargo, difícil distinguir el carcinoma de la pancreatitis por la simple palpación del área comprometida. Los resultados negativos de la biopsia no deben refutar la neoplasia si las consideraciones clínicas lo abonan.

La curación del carcinoma del páncreas por extirpación de la lesión, pocas veces es posible, pues, según nuestra experiencia, esta posibilidad ocurre sólo en un 13 % de los casos. En el grupo de los pacientes operados habrá únicamente un pequeño porcentaje que sobreviva 5 años. La mortalidad operatoria, en los casos de resección del páncreas con motivo de invasión carcinomatosa de éste, es bastante elevada, con cifras comprendidas entre el 15 y el 40 %, en relación con la habilidad operatoria del cirujano y de la selección de casos. No obstante todos estos factores adversos, la resección parece ser la única solución viable y racional para una posible evolución favorable.

La resección de la cabeza del páncreas con motivo de la presencia de carcinoma, citada por primera vez por WHIPPLE en 1935 como operación en dos tiempos, se ha realizado después de acuerdo con gran número de variedades al procedimiento primitivo, pero parece que la manera más satisfactoria es la resección de la porción distal del estómago, del duodeno, la cabeza del páncreas y la porción distal del colédoco; la continuidad del tubo digestivo se logra con una anastomosis del tipo Polya entre el estómago y el yeyuno; éste se moviliza en el ligamento de Treitz, de manera

que su extremidad superior venga a ocupar el lugar que antes era propio del duodeno; la porción remanente del páncreas se implanta por su corte en el mismo yeyuno; por fin, se procede a una colédocoyeyunostomía terminolateral a corta distancia del lugar de la pancreáticoyeyunostomía. Este procedimiento se suele cumplir en una sola fase, con la ventaja de su relativa simplicidad.

Las lesiones neoplásicas del páncreas que ofrecen posibilidad de resección, y que no ocupan la cabeza, imponen naturalmente procedimientos mucho menos extensos; en estas circunstancias, toda la parte de la glándula distal a la lesión y la porción que la comprende se resecan para dejar la cabeza sin intervenir. La resección se consigue a través del omento gastrocólico, con frecuente escisión complementaria del bazo para facilitar la vía operatoria y para eliminar toda posibilidad de que quede tejido maligno. Nunca se debe dejar una porción del páncreas distal a la lesión si no se busca la manera de que permanezca asegurada la salida de la secreción externa en el tubo digestivo.

Para aliviar la ictericia obstructiva como consecuencia de un carcinoma de la cabeza pancreática, se interviene quirúrgicamente para obtener el drenaje biliar interno, generalmente por colecistoyeyunostomía, aunque se podrán proponer otros tipos de anastomosis según la lesión hallada a la operación. El drenaje biliar externo es desde luego un procedimiento muy inferior. Estas intervenciones procuran el alivio del prurito y de otras incomodidades, pero raras veces prolongan la vida del paciente, la cual desde el momento del diagnóstico, no suele sobrepasar los seis meses.

Si el carcinoma está implantado en el cuerpo de la glándula, el objeto de la intervención paliativa es moderar el dolor, lo cual es más problemático que el drenaje de la bilis. La esplenicectomía se ha empleado con cierto éxito, por lo menos hasta que el proceso neoplásico no invade los troncos nerviosos no seccionados en la operación. Aunque se cuentan pocos casos de inyección de alcohol en los nervios esplácnicos, se han reunido un grupo con resultados favorables que incita a proseguir la experimentación.

Tumores de los islotes de Langerhans

Desde el punto de vista clínico, el *diagnóstico* de la hipoglicemia debida a un tumor de los islotes de Langerhans podrá sospecharse con frecuencia según la historia relatada por el paciente. Generalmente se quejará de "accesos", sensaciones momentáneas de debilidad, pérdidas periódicas de la consciencia y hasta de "ataques" que pueden clasificarse

en toda la escala de la intensidad. Es frecuente que en estos paroxismos el paciente experimente sudor, salivación, debilidad y temblores; poco después se restablece la normalidad o, por el contrario, sigue un período de desorientación; es posible que entonces experimente convulsiones de tipo tónico, con flexión de las extremidades superiores y extensión de las inferiores, para terminar con la plena extensión de los cuatro miembros. Todos estos síntomas desaparecen rápidamente si se administra dextrosa. WHIPPLE fué el primero que describió la triada sindrómica causada por los tumores insulares; este conjunto está compuesto de: 1) ataques de alteración nerviosa gastrointestinal que aparecen en el estado de ayunas; 2) estos ataques están en relación con la hipoglicemia, a base de valores de menos de 50 mg. de azúcar por 100 c.c. de sangre; 3) se alivian poco después de la administración de dextrosa.

Si desde el punto de vista patológico muchos de estos llamados adenomas de las ínsulas se han considerado con malignidad del tipo 1 según la clasificación de BROADERS, clínicamente no son malignos. En menos del 10 % de los casos estos tumores son múltiples.

El *tratamiento médico* no ha dado nunca solución satisfactoria a los pacientes con adenoma de hiperfunción insular. El *tratamiento quirúrgico* de estos tumores asociados a la hipoglicemia puede ser muy satisfactorio si se encuentra un adenoma relativamente pequeño en una porción accesible de la glándula. Ya se comprende que la solución será más comprometida en los casos en que no se encuentre el tumor, en los que se descubra un proceso neoplásico maligno, o si las lesiones son muy extensas. En la mayoría de las circunstancias, sin embargo, se descubre un adenoma limitado, el cual se extirpa junto a una porción de la glándula; esto suele dar un magnífico resultado postoperatorio. La incisión abdominal que parece mejor es la transversa ligeramente incurvada, con la convexidad dirigida hacia arriba y situada aproximadamente en un punto intermedio entre la punta de la apófisis del xifoideas y el ombligo; entonces se acerca el páncreas por el intermedio del epilón gastrocólico, mediante la retracción del estómago hacia adelante y arriba.

Algunos de los pequeños adenomas de las ínsulas suelen tener la misma consistencia y color que el tejido pancreático normal, lo que hace difícil su reconocimiento, especialmente si la tumoración está situada dentro del parénquima y no se destaca en la superficie de la glándula. Es práctica recomendable la de explorar cuidadosamente todo el órgano, pues aunque haya un tumor muy visible, no debe olvidarse la posibilidad relativamente frecuente de que existan otros. Sólo un 20 % de los adeno-

mas están situados en la cabeza, lo cual es ventajoso en lo que se refiere a la comodidad de extirpación.

Los casos más difíciles son aquellos en que la exploración más cuidadosa no revela la presencia de un tumor, lo cual no significa su ausencia, sino que el cirujano no ha sabido hallarlo. La experiencia aconseja, en estas circunstancias, que se reseque aproximadamente de dos tercios a tres cuartos del páncreas, empezando por la cola y progresando hacia la cabeza, a poca distancia a la derecha de los vasos mesentéricos superiores. Si no se encuentra ningún tumor, ni siquiera muy pequeño, en la porción resecada, no deben esperarse buenos resultados, aunque se han visto excepciones a esta regla. Deberá buscarse la presencia de tejido pancreático ectópico en los casos en que no se descubre ninguna tumoración en la porción extirpada.

LABORATORIO

REACCIONES SEROLÓGICAS EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER

Dr. LINN J. BOYD

Del Departamento de Medicina del "New York Medical College",
Hospitales "Flower" y "Fifth Avenue", Nueva York, N. Y.

En el curso de los últimos veinticinco años, se han presentado por lo menos 70 nuevas reacciones diagnósticas para el cáncer, casi siempre a base del estudio de alguna propiedad de la sangre, como alteraciones químicas, la actividad de las enzimas, o las propiedades inmunológicas. En el momento actual, los procedimientos significan principios, nomenclaturas, aparatos y métodos con los cuales la gran mayoría de los médicos no está familiarizada. Sin embargo, puede deducirse un principio general de todos los métodos de laboratorio que se han propuesto para el diagnóstico del cáncer: que, aparte la observación citológica, ninguno es en la actualidad suficientemente específico para merecer la confianza que le acredite como procedimiento práctico. Vale decir, de todos modos, que