

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>

CIRUGIA DE LA PANCREATITIS AGUDA Y SUS COMPLICACIONES

(CONFERENCIA)

Dr. Alfonso Díaz.

Me corresponde referirme tal vez al aspecto más polémico en el tratamiento de la pancreatitis. Me limitaré a exponer el criterio utilizado durante 3 años en la Unidad Docente Asociada de esta Facultad en el Hospital Sotero del Río, en el manejo de enfermos con pancreatitis grave. Han participado en este trabajo el Servicio de Medicina, la Unidad de Tratamiento Intensivo y el Servicio de Cirugía al cual pertenezco. No me referiré en esta oportunidad a los enfermos que llegan a la cirugía por la complicación de una patología biliar asociada: colangitis, colecistitis aguda o colédocolitiasis, y que llegan a la cirugía por su lesión biliar y en los que concomitantemente encontramos una pancreatitis aguda, en muchos casos de curso benigno.

Definimos una pancreatitis grave como un síndrome que tiene diversas lesiones pancreáticas agudas como etiología y es calificado como grave desde el punto de vista clínico por signos de pronóstico.

Estos signos fueron definidos originalmente por Ramson y han sido modificados por distintos autores, por condiciones locales, como en nuestro caso, en que al no contar con todos los elementos de Ramson, debimos prescindir de algunos y agregar en cambio otros.

Generalmente se ha usado el término de pancreatitis grave, como sinónimo de pancreatitis necrótico hemorrágica, lo cual no ha sido necesariamente así al menos en el 58% de los casos de las autopsias de la casuística obtenida en el Sotero del Río. Además del hecho de que la pancreatitis grave puede ser causada por distintas lesiones, nos encontramos con que la histología pancreática durante un episodio de pancreatitis aguda, leve o de mediana gravedad, puede demostrar lesiones necrótico hemorrágicas leves. De modo que la histología puede llevar a confusión cuando se emplea el término de pancreatitis grave. Por otro lado, los progresos del tratamiento médico de la pancreatitis grave han mejorado notablemente la mortalidad de esta afección, bajándola del 70 a 80% al 55%. Debemos recordar entonces que un enfermo que tiene elementos de pronóstico de pancreatitis grave, puede, con un tratamiento médico bien hecho, tener una mortalidad del 55%, lo que quiere decir que en la mitad de nuestros enfermos, haga el cirujano lo que haga, no debería tener menos resultados favorables que el tratamiento médico solo, si es que el acto quirúrgico ha sido precedido de un buen tratamiento médico. De modo que nuestro objetivo con el tratamiento quirúrgico va a ser el de bajar esta mortalidad de 55% que tiene el tratamiento médico bien hecho, en la pancreatitis grave.

Para ponernos de acuerdo sobre cual va a ser el material que a continuación analizaremos, desearía mostrar una de nuestras piezas operatorias (lámina). Esta es una pieza reseçada quirúrgicamente; el cirujano generalmente abre el abdomen, encuentra un estómago rechazado hacia adelante por una masa retrogástrica, abre la retrocavidad y disecciona el plastrón retrogástrico formado por la grasa retroperitoneal sobre el páncreas. Al disecar este plastrón el cirujano encuentra la imagen que se señala. Para complicar el problema esta

imagen no es necesariamente la imagen de una pancreatitis necrótico hemorrágica: ésta puede corresponder perfectamente a una necrosis capsular en superficie, la que una vez decapsulada podría mostrarnos un páncreas eritematoso, el que por supuesto no hay que reseca. - Ustedes ven la cola del páncreas, el cuerpo, el surco portal, y la sección en la cabeza que se ha hecho más o menos 3 ó 4 cms. a la derecha de la porta.

Ahora, por qué la idea de que los cirujanos incursionemos en este campo de la pancreatitis grave.

Las causas de muerte de la pancreatitis grave, son la insuficiencia respiratoria, el síndrome de débito bajo y la sepsis. Cuál es el rol del páncreas en estas situaciones?

La insuficiencia respiratoria está mediada por la lecitinasa A que altera el surfactante y produce lesiones de la membrana alveolar.

El síndrome de débito bajo está mediado por el factor depresor del miocardio y por el factor hipotensor que son capaces de producir shock, insuficiencia renal y daño neural. La sepsis está mediada por los exudados sépticos pancreáticos y peripancreáticos.

Cuál es el tratamiento médico?. El tratamiento médico consiste en tratar la insuficiencia respiratoria con PIP (presión positiva del final de la inspiración), con presión hidrostática de capilar pulmonar lo más bajo posible, con control mediante un catéter en la arteria pulmonar, y el aumento de la presión oncótica usando macromoléculas o plasma. Insisto en el hecho de la presión hidrostática baja, porque ustedes sabrán que con presiones de fin de diástole de aurícula izquierda que van desde los 18 cms. a los 36 cms,

se podría obtener débitos cardíacos similares. Y desde el punto de vista de la insuficiencia respiratoria no es lo mismo tener presiones bajas que tenerlas altas - al fin de la diástole. Entonces en este primer aspecto son importantes el respirador, la reducción de volumen para obtener presiones hidrostáticas bajas, con el apoyo de diuréticos y el aumento de la presión osmótica con macromoléculas o plasma.

Ahora, por lo que se refiere al shock, éste debe tratarse un poco a la inversa. Se trata de aportar volumen y drogas del tipo de la dopamina, y la sepsis se podría tratar con antibióticos. Pero aplicado este esquema terapéutico llega un momento en que nuestro enfermo sigue agravándose, porque para tratar el shock debe aportarse volumen, y para tratar la insuficiencia respiratoria debe restringirse volumen. De modo que el médico de tratamiento intensivo se encuentra en una disyuntiva y a nuestro modo de ver una de las maneras factibles de resolverlo, es resecar el máximo posible del parénquima que está causando etiopatogénicamente los daños que llevan a la patología que uno pretende tratar.

Como decidir qué tipos de enfermos son candidatos a ser ayudados por el cirujano para mejorar los resultados obtenidos con el tratamiento médico?. Sería ideal llegar a saber cuales serán los enfermos que van a necesitar desde la partida ambos tratamientos, y no tener que esperar la agravación para decidir quien requiere del coadyuvante quirúrgico. Con este objetivo Ramson diseñó una serie de criterios que nosotros hemos modificado. En realidad los modificamos porque en un principio, desconociendo los criterios de Ramson, aplicamos otros que han demostrado en nuestra experiencia su valor.

Cuando conocimos los criterios de Ramson vimos que calzaban con algunos de los nuestros. Pero hay tres razones que nos han confirmado la utilidad de corregir los criterios de Ramson, en el sentido de disminuir las exigencias para practicar en los enfermos con pancreatitis grave una laparotomía exploradora. Es distinto pensar en efectuar una laparotomía exploradora a un enfermo, a que después de realizada ésta debe decidirse en el curso de ella una resección o un aseo pancreático. Son dos problemas diferentes. Los criterios de pronóstico sirven para decidir qué enfermo es candidato a una laparotomía exploradora. Los criterios fueron corregidos por tres razones fundamentales. La primera es porque casi el 83% de los enfermos catalogados de graves, tienen patología biliar asociada y se sabe que la cirugía sobre las vías biliares en una pancreatitis aguda no altera el pronóstico en el sentido de gravedad.

El segundo punto, fue que nos dimos cuenta que la exploración pancreática y la cirugía sobre el páncreas no tenía mortalidad evidente.

Y el tercer punto, que es el que consideramos de más importancia, es que el efecto del tratamiento quirúrgico sobre este enfermo que se está agravando no es inmediato, tiene por lo menos una latencia de 12 horas para que se perciba el efecto, respecto del enfermo tratado médicamente y en el enfermo muy grave no vamos a disponer de este lapso; el enfermo no va a durar las 12 horas que necesitamos para percibir un cambio en los efectos del tratamiento.

Elementos de gravedad en los exámenes de laboratorio: baja de hematocrito de más de 6% en 48 horas, leucocitos de más de 13.000, uremia de más de 0.5 gr% la hiperglicemia de más de 1.5 gr% y PO₂ bajo. A

estos elementos de laboratorio de gravedad se agregan en el examen físico ictericia, fiebre, signos de abdomen agudo refractario al tratamiento médico, aparición de abombamiento epigástrico y líquido hemorrágico a la punción abdominal.

Elementos de gravedad en la evolución clínica: aparición de complicaciones. La aparición de hipotensión refractaria, el atrapamiento de volumen medido por un desbalance del aporte y la pérdida, la insuficiencia respiratoria clínica. De todos estos signos que hemos analizados, los que tienen más importancia en el sentido de la frecuencia en que aparecen son: la leucocitosis, que está presente en el 61% de los casos, la P02 baja, en el 42%, la fiebre en el 95% el abdomen agudo refractario al tratamiento médico en el 88%, el atrapamiento de volumen en el 61%. De modo que si pensamos en estos elementos que son bastante simples, como la leucocitosis, la fiebre, el abdomen agudo refractario al tratamiento médico, el atrapamiento de volumen, parámetros que se pueden medir en casi todos los lugares de Chile, tal vez con la excepción de la P02, es relativamente fácil hacer clínicamente el diagnóstico de pancreatitis aguda grave.

Ahora, una vez indicada la laparotomía ¿qué se encuentra en el abdomen de estos enfermos con pancreatitis aguda grave?. Se encuentra pancreatitis necrótica hemorrágica entre el 55 y el 58% de los enfermos, necrosis capsular y abscesos peripancreáticos en el 38% de los enfermos y pancreatitis edematosa que evoluciona en el post operatorio como edematosa leve en el 7% de los casos. De modo que los elementos de gravedad, como lo hemos planteado aquí, tienen un error de 7%, el que nos parece, dado los riesgos que tiene la afección, un porcentaje de error aceptable. Además,

hay que aclarar que a la mayoría de estos enfermos se les trató la patología biliar asociada en la laparotomía indicada por estos criterios.

Que se efectuó en la operación? En la operación se efectuó una pancreatectomía del 70%, vale decir sección a 2 cms. a la derecha de la porta, en los enfermos que tenían pancreatitis necrótico hemorrágica, un aseo pancreático con decapsulación, en los enfermos que tenían necrosis capsular o abscesos peripancreáticos. La necrosis capsular y la decapsulación, corresponde a los enfermos que el grupo del Dr. Palacios en la Posta Central califica de secuestrectomía de superficie. Además de eso se efectuó una yeyunostomía de alimentación, motivada por la necesidad de una realimentación relativamente precoz. Se dice en algunas publicaciones que la realimentación por yeyunostomía sería hipotéticamente inhibidora de la secreción pancreática; en nuestra experiencia nos ha resultado totalmente diferente alimentar al enfermo por yeyunostomía que por vía oral.

Por último, se trata la patología biliar asociada y se practica un drenaje de la vía biliar. Este enfermo, que además de los drenajes secundarios a la patología biliar y la yeyunostomía de alimentación tiene el sistema de drenaje de la loge pancreática, pasa en el post operatorio inmediato con el mismo tubo endotraqueal con que está en pabellón, a la unidad de tratamiento intensivo, donde se continúa el esquema terapéutico descrito. Si bien éste no ha sido habitualmente iniciado antes de la cirugía, en general tratamos de evaluar a los enfermos de gravedad precozmente, de modo que la mayoría ingresa al hospital, se prepara para la cirugía y después de operado pasa a la unidad de tratamiento intensivo.

Ahora, antes de entrar a analizar las compli-

caciones que presenta esta cirugía, quiero hacer un hincapié en lo que yo había llamado laparotomía extemporánea, pero que el Dr. Vicente Valdivieso me sugirió designar simplemente como laparotomía en necrosis capsular.

Cada vez que llegamos a la U.C.I. con una decapsulación, el Dr. Valdebenito pregunta "por qué no le sacaron el páncreas? anda tan bien eso, en cambio la decapsulación nos va a hacer trasnochar".

Qué ocurre? Ocurre que en una necrosis capsular, nunca el cirujano puede estar seguro de que se trata de un proceso estabilizado a nivel de la cápsula pancreática o de un proceso que va a progresar hacia una pancreatitis necrótico hemorrágica con compromiso de parénquima. La única manera de saberlo en el post operatorio es aplicar rigurosamente estas medidas, y valorar al enfermo cada 6 a 12 horas. Si pasadas las primeras 24 horas o 48 horas, el enfermo continúa agravándose, este enfermo debe ser reexplorado, y en la segunda intervención debe siempre, independiente del hallazgo macroscópico del páncreas, procederse a una resección del 70%. Los enfermos que hemos perdido en nuestra serie han sido pacientes de este tipo, en que no hemos procedido de esta manera, y esta manera de proceder la aprendimos gracias a la evolución de nuestra mortalidad.

Ahora, cuáles son las complicaciones que presentan estos enfermos en su post operatorio?.

Generalmente todos los pacientes presentan varias de ellas: la insuficiencia respiratoria, el derrame pleural, la neumopatía, la hiperglicemia, el coma hipoglicémico (muy importante en el tercer o cuarto día), la supuración abdominal, la fístula pancreática.

tica, la hemorragia digestiva, la sepsis y la coagulación intravascular. Por eso, si el cirujano no cuenta con la unidad de tratamiento intensivo tal vez sea mejor que no opere a su enfermo. Porque ustedes al mirar estas complicaciones, comprenderán que sin la ayuda eficiente de un grupo motivado de tratamiento intensivo, es muy difícil sacar adelante al paciente.

De todas estas complicaciones que en general son manejadas por el médico de tratamiento intensivo, hay dos que vale la pena recalcar, porque son de responsabilidad del cirujano. Una de ellas es el drenaje del absceso, vale decir un enfermo que al décimo día (en los primeros días tienen todos fiebre) empieza a presentar un síndrome febril, estudiar la posibilidad de un absceso residual, e incluso seguirla sospechando en el enfermo que ya lleva 20, 25 ó 30 días de post operatorio, que deambula por el hospital y que tiene febrículas ocasionales; en este segundo grupo, hemos perdido enfermos con buen estado general por considerarlos ya fuera de riesgo y haber partido al 25 ó 30° día con una endocarditis bacteriana con febrículas ocasionales.

Y la segunda complicación que es de responsabilidad del cirujano es la así llamada "hemoperitoneo masivo". El primer paciente se murió, pero ¿qué aprendimos del primero?. Aprendimos que el hemoperitoneo en el momento de morir el enfermo es masivo pero que dos días antes no es masivo. El enfermo se distiende discretamente, disminuye la frecuencia de los ruidos abdominales y se anemiza un poco. Este enfermo hay que explorarlo y es muy probable que encontremos un hematoma de unos 40 a 100 cms. generalmente alrededor de la arteria esplénica y en su inserción en el tronco celíaco.

Ahora, después de la exposición de criterios con que manejamos a los enfermos, quiero mostrarle a ustedes los resultados obtenidos.

Se recibieron entre 1977 y 1979 cerca de 160 enfermos que tuvieron el diagnóstico de pancreatitis aguda. De esos 160, seleccionamos 140 porque tenían complicación al examen clínico y de laboratorio. Aplicando los criterios que ustedes vieron, 94 de estas pancreatitis resultaron benignas, y 46 fueron calificadas de graves.

Ahora, los criterios que ustedes acababan de escuchar, fueron cumplidos solamente en 36 pacientes. En 3 no se cumplieron porque hubo un error de valoración del diagnóstico de pancreatitis aguda. En los 7 restantes, porque los médicos que hicieron de tratantes de ese momento, no compartieron los criterios del protocolo propuesto. De estos 36 pacientes, 21 fueron sometidos a pancreatoclectomía sub total, porque tenían una pancreatitis necrótico-hemorrágica y 15 aseo pancreático con decapsulación. Fallecieron 7, lo que da una mortalidad de 19.5%. Haremos una aclaración: los 7 fallecidos corresponden al grupo de la pancreatoclectomía sub total, lo que da para este grupo una mortalidad de 33.3%. Por qué hago esta aclaración? Porque ambos grupos tuvieron inicialmente los mismos signos de gravedad, ambos grupos eran enfermos igualmente graves al ingreso al hospital y durante las primeras horas de evolución, pero después de la laparotomía los que tenían una pancreatitis necrótico hemorrágica propiamente tal, tuvieron un curso mucho más grave que el grupo que tenía abscesos peripancreáticos o que tenían necrosis capsular. De esta manera, quiero hacer hincapié, es muy difícil ponerse de acuerdo en la mortalidad por pancreatitis aguda, sin tener laparotomía, porque es -

imposible que se pueda saber objetivamente cual de las dos afecciones es la que predomina en la muestra que estamos analizando para estudiar la mortalidad.

