

HOSPITAL GENERAL DOCENTE  
“DR. AGOSTINHO NETO”  
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.  
GUANTANAMO

## PANCREATITIS CRONICA. RESULTADOS QUIRURGICOS.

*Dr. Ángel Píriz Momblant<sup>2</sup>.*

### RESUMEN

Se realiza un estudio prospectivo y descriptivo en 19 pacientes afectados de pancreatitis crónica egresados del servicio de cirugía general, durante el periodo comprendido entre enero de 1988 y diciembre de 2003. La edad promedio fue de 46.1 años  $DS\pm 12$ . Predominó el sexo masculino (73.6 %). La primera causa fue el alcoholismo (52.6%) y el síntoma fundamental fue el dolor (94.7%). La operación realizada con mayor frecuencia fue la pancreatoyeyunostomía en Y de Roux (47.3%), seguida de la pancreatectomía distal (36.8%). El adenocarcinoma de páncreas (21.0%) fue el diagnóstico asociado más frecuente seguido de la diabetes mellitus (15.7%). Se obtuvo una morbilidad de 31.5 %. El seroma de la herida obtuvo el primer lugar (10.5%). La mortalidad quirúrgica, de 5.2%.

**Palabras clave:** PANCREATITIS/cirugía; ENFERMEDAD CRONICA; PANCREATECTOMIA; PANCREATOYEYUNOSTOMIA.

### INTRODUCCION

La pancreatitis crónica se expresa por dolor en el hemiabdomen superior, recurrente o continuo, con destrucción irreversible y progresiva del parénquima y con algún grado de insuficiencia exocrina y endocrina. Los estudios anatomopatológicos revelan destrucción del tejido exocrino, con fibrosis, calcificaciones, estrecheces del conducto pancreático, alternando con dilataciones, a veces en forma de rosario o, simplemente, presenta una dilatación post-estenótica. Su origen no está claro y se han expuesto múltiples causas.

---

<sup>2</sup> *Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente.*

En los pacientes que requieren tratamiento quirúrgico se han utilizado distintas técnicas, por lo que se infiere que los resultados obtenidos pueden ser variables y que una sola técnica estandarizada para esta afección pudiera llevar al fracaso.

En nuestra provincia no existen informes sobre pancreatitis crónica, lo cual nos ha motivado a realizar este trabajo para observar el comportamiento de dicha entidad, mejorar el diagnóstico y el tratamiento y, al mismo tiempo, aumentar la casuística nacional.

## **METODO**

Se realizó un estudio prospectivo y descriptivo en 19 pacientes egresados del servicio de cirugía general, con el diagnóstico de pancreatitis crónica, los que fueron operados durante el período comprendido entre enero de 1988 y diciembre de 2003.

Para el procesamiento de la información se emplearon, como medida de tendencia central, la moda y la media aritmética; como medida de dispersión central, la desviación estándar y el rango, y como resumen de datos cualitativos se calculó el porcentaje y la tasa.

El dato primario se introduce y se procesa en una computadora con el paquete estadístico Epi Info 6. Los resultados se exponen en tablas para su mejor análisis e interpretación.

## **RESULTADOS Y DISCUSION.**

En nuestra provincia la pancreatitis crónica alcanzó una tasa de 4 por cada 100 mil ingresos en el hospital, 5 por cada 10 mil ingresos en el servicio de cirugía general y 7 por cada 10 mil operaciones mayores realizadas en el servicio de cirugía general. Barman<sup>1</sup>, en un estudio recientemente realizado en Japón, informó 45.4 por 100 000 habitantes, más alta que en los países occidentales, donde se informa, aproximadamente, 10-15 por 100 000 habitantes, con una incidencia anual de 3.5-4 por 100 000 habitantes. Hardy<sup>2</sup> informa una incidencia de 4 por 100 mil habitantes en los Estados Unidos de Norteamérica. Domingo<sup>3</sup> registró 36 pacientes, en cinco hospitales de La Habana en la década de los 80, de los cuales 13 recibieron tratamiento quirúrgico.

La edad promedio fue de 46.1 años, con DS  $\pm$  12, moda de 37 y 54 años, con rango entre los 31 y 72 años. La década de los 40 años es la más afectada, según los

informes de los distintos autores<sup>4-7</sup>, aunque con ligeras variaciones de sus cifras entre ellos.

Predominó el sexo masculino, con 14 pacientes (73.6%), con proporción de 3:1 sobre el femenino. Al igual que nosotros los autores<sup>4,6-8</sup> reflejan el predominio de pacientes del sexo masculino, pero con distintos porcentajes, con rango entre el 53.0 % y el 75.1 %. Stapleton<sup>6</sup> coincide con nosotros en la proporción de 3:1.

En la Tabla 1 se observa que la primera causa de pancreatitis crónica fue la alcohólica, con 10 pacientes (52.6%), seguida por la desconocida, con 6 pacientes (31.5%). Los autores consultados<sup>9-12</sup> notifican el alcoholismo como la primera causa, y sigue en orden de frecuencia la causa desconocida, lo cual coincide con nuestro trabajo, aunque con porcentajes diferentes: entre el 34.0 % y el 82.0 %.

El dolor, en 18 pacientes (94.7%), y la ictericia, en 8 pacientes (42.1%), fueron el síntoma y el signo que con mayor frecuencia se presentaron en los pacientes con pancreatitis crónica. Con relación al dolor, nuestra cifra coincide con los autores Stapleton<sup>6</sup>, Lucas<sup>13</sup> y Sakorafas<sup>14</sup> como el síntoma más frecuente, y además, el principal para tomar la decisión quirúrgica, ya que el mismo es intenso, continuo o recurrente, que hace perder calidad de vida a los pacientes. Stapleton<sup>6</sup> informa el 36.5 % para la ictericia, resultado algo inferior al nuestro, pero también fue decisivo para la toma de decisión quirúrgica como manifestación de obstrucción biliar, solo o junto al dolor.

En la Tabla 2 se aprecia que el proceder quirúrgico más frecuentemente efectuado fue la pancreatoyeyunostomía en Y de Roux latero-lateral (PYLL), con 9 pacientes (47.3 %), seguido de la pancreatectomía distal (PD), con 7 pacientes (36.8%). Heise<sup>15</sup> realizó la PYLL en el 46.8 %, igual que nosotros, y la PD en el 20.6%, inferior a nuestros resultados. Nealon<sup>16</sup> efectuó la PYLL en el 67.0% y la PD en el 15.6%, resultados superior e inferior, respectivamente, a los nuestros. Jordan<sup>17</sup> ejecutó la PYLL en el 20.0% de sus pacientes y la PD en el 28.4%, porcentajes inferiores a los nuestros.

En los pacientes con pancreatitis crónica se utilizan distintas técnicas quirúrgicas con el objetivo de suprimir el dolor, la compresión de la vía biliar principal, la del duodeno, una hipertensión portal segmentaria o una masa inflamatoria en la cabeza del páncreas, para así devolver la calidad de vida, por lo que se infiere que los resultados obtenidos pueden ser variables y que una sola técnica estandarizada para el tratamiento de esta entidad puede llevar al fracaso. Esto explica, por lo menos en parte, los resultados tan diversos que se observan en la literatura revisada.<sup>7,8,10,11,15-20</sup>

En la Tabla 3 se muestran los procedimientos quirúrgicos asociados empleados en nuestros pacientes; los tres más frecuentes fueron la coledocoduodenostomía, con 5 pacientes (26.3%), la colecistectomía, con 5 pacientes (26.3%) y la esfinterotomía con esfinteroplastia, con 3 pacientes (15.7%). Se obtuvo un promedio de 3 procedimientos quirúrgicos por paciente. Estos resultados están en íntima relación con lo explicado y revisado anteriormente.

Actualmente, el tratamiento quirúrgico, resecativo o derivativo, de la pancreatitis crónica es un tema controvertido, polémico, debido a los diversos resultados obtenidos. Los buenos resultados dependen de la selección adecuada del paciente y de la técnica quirúrgica elegida, la cual debe responder al análisis valorativo de los hallazgos clínicos, los estudios realizados y de la experiencia del cirujano.

En sentido general, las resecciones deben realizarse:

- 1- Cuando el conducto de Wirsung no está dilatado.
- 2- Cuando la cabeza del páncreas está aumentada de tamaño.
- 3- Cuando hay sospecha de cáncer.
- 4- Cuando la pancreatoyeyunostomía ha fracasado.
- 5- Cuando el parénquima pancreático proximal, evidentemente, está normal y sin calcificaciones y el distal está difusamente fibrosado.

Las resecciones que con mayor frecuencia se utilizan son la operación de Whipple con conservación del píloro, la pancreatectomía distal, la pancreatectomía total, la resección de la cabeza del páncreas con conservación del duodeno (operación de Berger) y la resección local de la cabeza del páncreas con pancreatoyeyunostomía latero-lateral (operación de Frey).

El adenocarcinoma del páncreas, con 4 pacientes (21.0%) y la diabetes mellitus, con 3 pacientes (15.7%), fueron los dos diagnósticos asociados que con mayor frecuencia afectaron a nuestros pacientes. En los autores consultados<sup>8,14,15</sup>, el adenocarcinoma del páncreas fluctuó entre el 1.6% y el 5.8 %, hallazgos con cifras inferiores a las nuestras. En la diabetes mellitus, Farkas<sup>7</sup> informó el 33.3%, cifra superior a las nuestras y Lucas el 12.0%, ligeramente inferior a lo registrado por nosotros.

El adenocarcinoma del páncreas asociado a la pancreatitis crónica es un diagnóstico diferencial difícil, sobre todo cuando se encuentra una masa; en estos casos, el cirujano debe decidirse por un proceder quirúrgico resecativo en vez de derivativo. La diabetes mellitus es un hallazgo que estará en relación con el grado de afectación funcional de las células Beta de los islotes de Langerhans, lo cual puede orientar, entre otros parámetros, en cuanto a lo avanzado de la evolución de la pancreatitis crónica debido a la fibrosis y las calcificaciones.

En nuestro trabajo, la morbilidad fue de 31.5%. Entre los distintos autores, se encuentra en un rango de 4.5 % a 35.0 %.<sup>11,12,21</sup> El seroma de la herida fue la complicación más frecuente, con 2 pacientes (10.5%). No tuvimos fístula pancreática, la cual es la complicación específica esperada por los cirujanos, y su hallazgo se encuentra entre el 8.5% y el 30.0%.<sup>22- 26</sup>

Obtuvimos una mortalidad quirúrgica de 5.2 %, con un paciente; ésta fluctúa entre el 0 % y el 4.8 % en los autores consultados.<sup>8,11,12,15</sup>

Nuestros pacientes tuvieron un seguimiento promedio de 6 años DS:  $\pm$  5. En este período de tiempo, en 9 meses, fallecieron 4 pacientes por cáncer de páncreas asociado. En los 15 pacientes restantes el dolor desapareció, ganaron de peso y mejoró su calidad de vida. En este grupo hubo un fallecido, debido a una enfermedad no relacionada con la pancreatitis crónica.

## **CONCLUSIONES.**

1. Con el tratamiento resecativo y derivativo se obtuvieron buenos resultados, en dependencia de la selección adecuada del paciente y de la técnica quirúrgica elegida, la cual debe responder al análisis valorativo de los hallazgos clínicos, los estudios realizados y de la experiencia del cirujano.
2. El tratamiento quirúrgico aplicado a nuestros pacientes eliminó el dolor, aumentaron de peso y mejoró su calidad de vida.
3. La pancreatitis crónica es relativamente frecuente en nuestro medio.
4. Los pacientes comprendidos en la década de los cuarenta años de edad fueron los más afectados y predominó en los del sexo masculino.
5. Las dos primeras causas de pancreatitis crónica fueron el alcoholismo y la desconocida.
6. El dolor y la ictericia fueron decisivos en la indicación quirúrgica.
7. La pancreatoyeyunostomía latero-lateral en Y de Roux y la pancreatectomía distal fueron las dos operaciones que se realizaron con mayor frecuencia.
8. Los procedimientos quirúrgicos asociados más frecuentemente realizados fueron la coledocoduodenostomía, la colecistectomía y la esfinterotomía con esfinteroplastia.

9. El adenocarcinoma del páncreas y la diabetes mellitus fueron los dos diagnósticos asociados más frecuentes.
10. La morbilidad se encuentra dentro del rango registrado por otros autores y el seroma de la herida fue la complicación que con mayor frecuencia se presentó.
11. Se obtuvo una mortalidad quirúrgica ligeramente elevada.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Barman K K, Premalatha G, Mohan V. Tropical chronic pancreatitis. *Postgrad Med J* 2003; 79: 606-615.
2. Hardy J M. *Hardy's Textbook of Surgery*. 2 ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company. 1988: 707.
3. Torres Hernández D, Pérez Santo R, Álvarez Velazco. *Rev Cubana Cir* 1985; 24: 351-59.
4. Schnelldorfer T, Adams D B. Outcome after lateral pancreaticojejunostomy in patients with chronic pancreatitis associated with pancreas divisum. *Am Surg*; Dec 2003; 69(12):1041-4 (Discussion 1045-6).
5. Li BL, Zhao YP, Liao Q, Cai LX, Zhu Y. Diagnosis and treatment of one hundred and eighty-nine patients with chronic pancreatitis. *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao*; Apr 2001 23(2):202-4.
6. Stapleton GN, Williamson RC. Proximal pancreatoduodenectomy for chronic pancreatitis. *Br J Surg*; Oct 1996;83(10):1433-40.
7. Farkas G, Leindler L, Daroczi M, Farkas G Jr. Organ-preserving pancreatic head resection in chronic pancreatitis. *Br J Surg*; Jan 2003; 90(1):29-32.
8. Rossi R, de Arextzabala X, Watkins G, Navarrete C, Vargas L, Accatino L, Kirberg A, Hepp J, Valderrama R, Prats R. Chronic pancreatitis. A recent national experience with its surgical management. *Rev Med Chil*; Aug 1997; 125(8):911-6.
9. Yadav D, Notahara K, Smyrk TC, Clain JE, Pearson RK, Farnell MB, Chari ST. Idiopathic tumefactive chronic pancreatitis: clinical profile, histology, and natural history after resection. *Clin Gastroenterol Hepatol*; Mar 2003; 1(2):129-35.
10. Escallon A Jr, Aldrete JS. Lateral pancreaticojejunostomy for pain relief in chronic pancreatitis: analysis of effectiveness in 19 patients. *South Med J*; Aug 1986; 79(8):936-40.

11. Proca DM, Ellison EC, Hibbert D, Frankel WL. Major pancreatic resections for chronic pancreatitis. *Arch Pathol Lab Med*; Aug 2001; 125(8):1051-4.
12. Sohn TA, Campbell KA, Pitt HA, Sauter PK, Coleman JA, Lillemo KD, Yeo CJ, Cameron JL. Quality of life and long-term survival after surgery for chronic pancreatitis. *J Gastrointest Surg*; Jul-Aug 2000; 4(4):355-64 (Discussion 364-5).
13. Lucas CE, McIntosh B, Paley D, Ledgerwood AM, Vlahos A. Surgical decompression of ductal obstruction in patients with chronic pancreatitis. *Surgery*; Oct 1999; 126(4):790-5; (Discussion 795-7).
14. Sakorafas GH, Farnell MB, Farley DR, Rowland CM, Sarr MG. Long-term results after surgery for chronic pancreatitis. *Int J Pancreatol*; Apr 2000; 27(2):131-42.
15. Heise JW, Katoh M, Luthen R, Roher HD. Long-term results following different extent of resection in chronic pancreatitis. *Hepatogastroenterology*; May-Jun 2001; 48(39):864-8.
16. Nealon WH, Matin S. Analysis of surgical success in preventing recurrent acute exacerbations in chronic pancreatitis. *Ann Surg*; Jun 2001; 233(6):793-800.
17. Jordan PH Jr, Pikoulis M. Operative treatment for chronic pancreatitis pain. *J Am Coll Surg*; Apr 2001; 192(4):498-509.
18. Kelemen D, Horvath OP. Clinical experience with different techniques of pancreatic head resection for chronic pancreatitis. *Dig Surg*; 2002; 19(1):28-34 (Discussion 34-5).
19. Keus E, van Laarhoven CJ, Eddes EH, Masclee AA, Schipper ME, Gooszen HG. Size of the pancreatic head as a prognostic factor for the outcome of Beger's procedure for painful chronic pancreatitis. *Br J Surg*; Mar 2003; 90(3):320-4.
20. Hwang TL, Chen HM, Chen MF. Surgery for chronic obstructive pancreatitis: comparison of end-to-side pancreaticojejunostomy with pancreaticoduodenectomy. *Hepatogastroenterology*; Jan-Feb 2001; 48(37):270-2.
21. Sakorafas GH, Sarr MG, Rowland CM, Farnell MB. Postobstructive chronic pancreatitis: results with distal resection. *Arch Surg*; Jun 2001; 136(6):643-8.
22. Conlon KC, Labow D, Leung D, Smith A, Jarnagin W, Coit DG, Merchant N, Brennan MF. Prospective randomized clinical trial of the value of intraperitoneal drainage after pancreatic resection. *Ann Surg*; Oct 2001; 234(4):487-93.
23. Sheehan MK, Beck K, Creech S, Pickleman J, Aranha GV. Distal pancreatectomy: does the method of closure influence fistula formation? *Am Surg*; Mar 2002; 68(3):264-7 (Discussion 267-8).

24. Yamaguchi K, Noshiro H, Yokohata K, Nakano K, Watanabe M, Ohtani K, Chijiwa K, Tanaka M. Is there any benefit of preservation of the spleen in distal pancreatectomy? *Int Surg*; Jul-Sep 2001;86(3):162-8.
25. Sperti C, Pasquali C, Ferronato A, Pedrazzoli S. Median pancreatectomy for tumors of the neck and body of the pancreas. *J Am Coll Surg*; Jun 2000; 190(6):711-6.
26. Fahy BN, Frey CF, Ho HS, Beckett L, Bold RJ. Morbidity, mortality, and technical factors of distal pancreatectomy. *Am J Surg*; Mar 2002; 183(3):237-41.

**TABLA 1. CAUSAS**

<b>ETIOLOGÍA</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>ALCOHOLICA</b>	<b>10</b>	<b>52.6</b>
<b>DESCONOCIDA</b>	<b>6</b>	<b>31.5</b>
<b>BILIAR</b>	<b>3</b>	<b>15.9</b>
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100.0</b>

**TABLA 2. PROCEDERES QUIRURGICOS REALIZADOS.**

<b>PROCEDERES</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Pancreatoyeyunostomía en Y Roux latero-lateral</b>	<b>9</b>	<b>47.3</b>
<b>Pancreatectomía distal</b>	<b>7</b>	<b>36.8</b>
<b>Pancreatoyeyunostomía Asa Braun</b>	<b>1</b>	<b>5.2</b>
<b>Esfinterotomía+esfinteroplastia+septectomía Wirsung</b>	<b>1</b>	<b>5.2</b>
<b>Exéresis masa inflamatoria cabeza páncreas</b>	<b>1</b>	<b>5.2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100.0</b>

**TABLA 3. PROCEDERES QUIRURGICOS ASOCIADOS.**

<b>PROCEDERES</b>	<b>No.</b>	<b>%*</b>
Coledocoduodenostomía	5	26.3
Colecistectomía	5	26.3
Esfinterostomía + esfinteroplastia	3	15.7
Coledocoyeyunostomía Y Roux	2	10.5
Cistoyeyunostomía Y Roux	1	5.2
Cistoduodenostomía	1	5.2
Cistogastrostomía	1	5.2

*\* Cálculos realizados sobre la base de: n = 19  
Promedio: 3 procedimientos por paciente.*