

Trabajo del servicio del Dr. Esquerdo
(Hospital de la Santa Cruz y de San
Pablo) y del servicio del Dr. Rocha
(Hospital de la Cruz Roja) de Barcelona

La secreción interna y externa del páncreas en los colecistectomizados⁽¹⁾

Por el doctor A. Rocha

Desde hace tiempo ha llamado la atención de los clínicos las relaciones entre las afecciones hepatobiliares y pancreáticas en su doble función, o sea, como glándula de secreción externa e interna. Estando ambas funciones desempeñadas por sistemas glandulares totalmente distintos, es natural que al estudiarlas se pongan de manifiesto por un lado, la alteración glandular digestiva (secreción externa), y por otro, su actuación endoerina (secreción insular) que constituye la esencia del síndrome diabético.

En esta pequeña nota damos cuenta de nuestras observaciones todavía escasas acerca de los efectos de la colecistectomía sobre la secreción pancreática en general.

Son conocidos por todos las relaciones o coincidencias entre la diabetes, las colecistitis o viceversa, aunque todavía no separamos exactamente el mecanismo de esta correlación funcional. Si recordamos que BOUCHARD ya consideraba a ambas enfermedades como la expresión de una diátesis especial que forma parte del desconocido artrritismo, después de recorrer las estadísticas modernas sobre las relaciones de estas dos enfermedades y de estudiar críticamente las numerosas teorías que se han edificado para su patogenia, nos daremos cuenta que a pesar de nuestros esfuerzos, po-

demostramos que estamos muy cerca todavía de la vieja concepción del gran clínico francés.

Es tan posible pensar que una secreción primitivamente deficiente de páncreas (sobre todo en su función reguladora de las combustiones orgánicas) cree una deficiencia metabólica en la combustión de las grasas y que sean éstas (especialmente la colestestina) las primeras responsables de la formación de los cálculos biliares (CHAUFFARD, GRIGAUT, etc.). Así como también es posible que la infección que origina la coledocistitis, avanzando por las vías excretoras biliopancreáticas produzcan lesiones bien manifiestas en la glándula pancreática que una vez sobrepasado su límite de compensación dé lugar a la insuficiencia insular y en consecuencia al síndrome diabético (KATSCH).

Las dos funciones (externa e interna) del páncreas parecen en ciertos momentos como divergentes. Así MANSFELD pudo lograr una hipertrofia de los islotes de Langherans después de una ligadura del conducto de Wirsung, y aunque PRIESSEL y WAGNER no pudieran comprobarlo en todas sus observaciones, es innegable que existe cierta relación entre la secreción externa e interna pancreática.

Por otro lado, muy recientemente, los estudios de FALTA, LÖW y KROMA BOLLER

(1) Comunicación al Congreso de la Litiasis biliar celebrado en Vichy, Septiembre 1932.

y UEBERRACH en Alemania, comprueban una relación entre el metabolismo de las grasas y el páncreas en su secreción interna al estudiar la resistencia insulínica en sus enfermos obesos e icterícos.

CHIRAY, PAVEL y LE SAGE, en este mes de septiembre publican en la *Presse Medicale* un interesantísimo trabajo sobre diabetes y colecistitis, en donde repasan todas las estadísticas que tratan de las relaciones de estas enfermedades. Nuestros amigos MADINAVEITIA y CARPIO presentaron una nota el año pasado sobre los trastornos pancreáticos postoperatorios en colecistíticos.

Todos los autores están de acuerdo sobre la variabilidad de esta frecuencia; así lo demuestran las estadísticas que nos presentan GOSLIN, FONSECA, las citadas por CHIRAY, etc., creyendo nosotros con este último que la explicación de esta variabilidad estriba en que se pueden hallar lesiones manifiestas en el páncreas sin que se presente síndrome diabético, porque estas lesiones son localizadas especialmente en la cabeza del órgano, sitio en donde escasean los islotes de Langherans, que abundan en cambio en el cuerpo y cola, en donde las lesiones son mucho más discretas.

Creyendo ver en la prueba de la glicemia provocada un *test* para medir la suficiencia insular de páncreas, hemos investigado esta prueba en algunos operados de colecistitis que no presentaron nunca el más ligero trastorno diabetógeno, y en nuestras 10 observaciones que han recaído en enfermos colecistectomizados (de 3 meses a 1 año de la operación) no hemos observado nada diferente respecto al comportamiento de otros sujetos normales. En algunas pruebas practicadas inmediatamente después de la colecistectomía (de 12 a 24 horas después, 4 casos) observamos elevación de la curva, que más tarde se hizo normal, por lo que

atribuimos a la anestesia y al choque operatorio estos trastornos inmediatos de hipoinulinemia.

En estos mismos casos hemos investigado el funcionalismo de la secreción externa del páncreas por medio del sondaje duodenal, investigando la lipasa pancreática por medio del procedimiento de CHIRAY de la secreción provocada por la leche, así como en algunos casos hemos practicado simultáneamente la investigación de la lipasa sanguínea siguiendo la técnica de RONA. De nuestras 12 observaciones totales hallamos cifras bajas de lipasa duodenal coincidiendo con baja en la lipasa sanguínea en 5 casos, de los cuales 3 recayeron en operados por obstrucción calculosa de colédoco y 2 en colecistectomizados por colecistitis calculosa sin complicaciones.

En 3 casos observamos elevación de la lipasa duodenal (3 operados de colecistectomía por colecistitis calculosa), 2 de los cuales tenían elevada la lipasa sanguínea y el otro tuvo una cifra normal. En los 4 casos restantes cifras normales en cuanto a la lipasa duodenal. No podemos, sin embargo, dar mucha importancia a estas últimas investigaciones después de leer el trabajo referido anteriormente de CHIRAY, para quien estas investigaciones no representan exactamente el estado funcional del páncreas, siendo mucho más fieles las investigaciones por él llevadas a cabo con Mme. JAENDEL y SALMON sobre la prueba de la secretina purificada, al parecer, más exacta. Sin embargo, de nuestras observaciones se desprende que la secreción pancreática tanto interna como externa en los operados de colecistectomía, no guardan una uniformidad en sus resultados. Siendo así que hay tal variación en los mismos, que hace presumir que la colecistectomía influye poco en la secreción pancreática, al menos cuan-

do ha pasado cierto tiempo después de la operación. Tal vez esto es debido al restablecimiento pancreático por diferentes mecanismos compensadores.

Unicamente hallamos cierta uniformidad de resultados en los casos de calculosis coledóica en donde comprobamos fenómenos de pancreatitis de una manera manifiesta y es posible pensar que esta pancreatitis existiese antes de la intervención, teniendo en cuenta que CHIRAY las encuentra *en tres cuartas partes de las colecistitis*.

Es de suponer por de pronto que las molestias y *pseudo recidivas* que cada día observamos más en estos operados, en nada tienen que ver con los hechos de pancreatitis biliógena invocada por algunos autores como responsables de las temidas secuelas de la colecistectomía.

RESUMEN

De los estudios llevados a cabo en 12 colecistectomizados, de 3 meses a 1 año después de la operación en los cuales hemos investigado las pruebas de la *glucemia* provocada para investigar el estado de la secreción interna de páncreas y de las pruebas de la lipasa pancreática de CHIRAY y de RONA (lipasa duodenal y lipasa sanguínea respectivamente), no hemos hallado un porcentaje significativo en cuanto a una uniformidad para deducir que el páncreas de estos operados haya sido permanentemente influido en el sentido de una deficiencia funcional.

RESUM

Dels estudis portats a cap a 12 colecistectomitzats de 3 mesos a un any després de l'operació, en els quals hem investigat les proves de la glucèmia provocada per a estudiar l'estat de la secreció interna del pàncreas, i a les proves de la lipassa pancreàtica de CHIRAY i de RONA (lipassa duodenal i lipassa sanguina respectivament) no hem trobat el tant per cent significatiu en quan a una uniformitat per a deduir que el pàncreas d'aquests operats hagi sigut permanentment influït en el sentit d'una deficiència funcional.

RÉSUMÉ

Nous avons étudié 12 cas de cholecystectomie, de 3 à 12 mois après l'opération, en faisant l'investigation des preuves d'une glycémie provoquée, comme moyen d'étudier la sécrétion interne du pancreas, et avec la lipase pancréatique de CHIRAY et RONA (lipase duodenale et lipase hematique respectivement), nous n'avons pas pu trouver un tant pour cent signifiant, en ce qui concerne une uniformité qui nous permettrait d'en déduire que le pancreas de ces malades souffre une insuffisance fonctionnelle permanente.

SUMMARY

We have studied 12 cases of cholecystectomy, from 3 to 12 months after the operation, in order to investigate proofs of provoked glucemia as a means of studying the internal secretion of the pancreas and with CHIRAY and RONA's pancreatic lipasa (duodenal and blood lipasa respectively) we have not been able to find a significant perceptage, as regards any uniformity which would permit us to deduce that the pancreas of these patients has suffered a permanent functional deficiency.