

SECCION RADIOGRAFICA Y TOMOGRAFICA

PSEUDOQUISTE DEL PANCREA
PRESENTACION DE UN CASO Y REVISION HOSPITALARIA

- * Dr. Onidio Mejía
- 0 Dr. Fernando Díaz Espinal
- + Dr. R. Encarnación Jaquez
- + Dra. S. Marte Abreu
- ++ Dra. H. Osorio
- +++ Dr. Mario O. Mejía.

CASO

Una púber de 12 años de edad procedente de San Juan de la Maguana, es traída al hospital por dolor abdominal recurrente no relacionado con ingesta y sin horario fijo,



FIG. No. 1. Radiografía abdominal simple en que observamos en el lado derecho calcificaciones y en el lado izquierdo densidad correspondiente a masa abdominal.

masa en región epigástrica que desplazaba la parrilla costal anterior, anorexia, vómitos y pérdida progresiva de peso. Había sido medicada en varios centros con analgésicos y

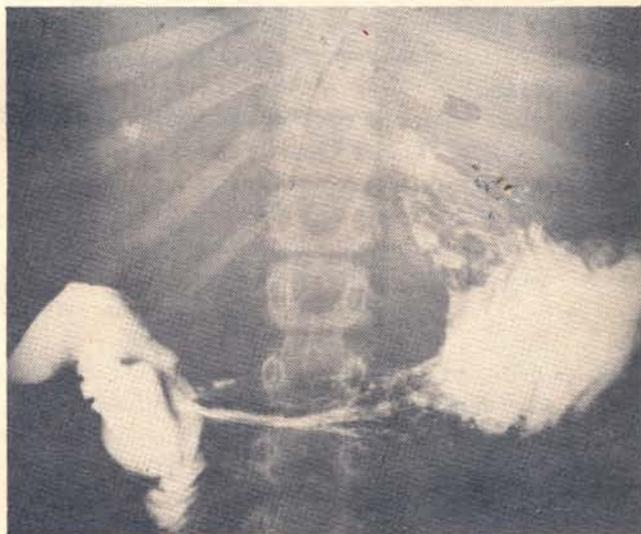


FIG. No. 2. Radiografía después de ingerir bario: se observa el desplazamiento anterior del estómago por la masa abdominal.

* Médico Aydte., Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Profesor de Pediatría, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo.

0 Jefe del Servicio de Cirugía, Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo.

+ Médicos residentes, Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo.

++ Médico general.

+++ Médico egresado de la Universidad Central del Este (UCE), San Pedro de Macorís.

soluciones E.V., presentando mejoría temporal.

Antecedentes familiares sin importancia.

Los antecedentes personales referían parotiditis a los 7 años de edad, diarreas frecuentes, y a los 8 años sufrió caída de un caballo. Al examen físico: paciente luce crónicamente enferma, levantamiento de la región anterior del tórax; el abdomen era depresible, con masa de consistencia dura, fija de aproximadamente 15 x 10 cm. en la parte superior del abdomen que se extiende desde el hipocondrio derecho al hipocondrio izquierdo, no dolorosa a la palpación. El resto del examen era negativo.

La biometría hemática, función renal, estudio de heces y función hepática, fueron normales. La amilasa fue de 467 vd (NL 60-160 vd), lipasa 0.6 (NL 0-1). Una radiografía simple de abdomen muestra efecto de masa a nivel de cuadrante superior derecho y calcificaciones. Una urogra-

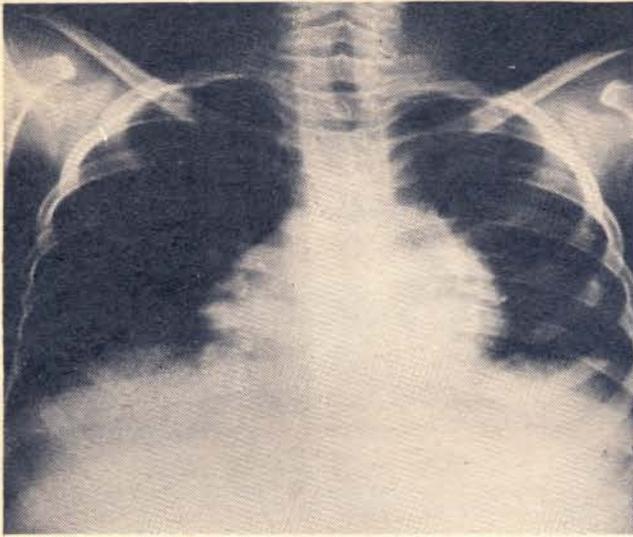


FIG. No. 3. Radiografía del tórax, que muestra los hemidiafragmas elevados por masa abdominal en su parte superior.

fía resulta negativa. Serie gastroduodenal reporta desplazamiento posterior del estómago y desplazamiento caudal gastrointestinal.

Se realiza sonografía observándose gran masa abdominal de 19 x 18 x 11 cm. en sus tres dimensiones, bien delimitada, con calcificaciones en la pared, de contenido líquido y que parece crecer de retroperitoneo hacia el abdomen desplazando el hígado hacia arriba y hacia atrás, no se visualiza bazo, los riñones son normales.

Se realiza cirugía identificándose gran masa quística que se insinúa al tórax cara inferior del hígado y que sale a través del hiato de Winslow adhiriéndose a la curvadura menor del estómago. Se aspiran 4 litros de su contenido y las calcificaciones, se anastomosan pared anterior del quiste con pared posterior del estómago.

Dx definitivo Pseudoquiste del Páncreas.

DISCUSION

El pseudoquiste del páncreas es una colección líquida cuya cubierta depende de los elementos anatómicos que rodean el páncreas. Esta entidad es poco común en niños y hasta el año 1970, sólo se habían reportado 102 casos en la literatura mundial¹.

Su frecuencia de presentación como complicación de una enfermedad inflamatoria, traumática o neoplásica del páncreas ha sido estimada en un 2-8 o/o para la población general^{2/3}.

La mayoría de estos pseudoquistes en niños resultan de traumatismos cerrados sobre el abdomen^{4/5}, en adultos la etiología más común es la pancreatitis aguda, particularmente la de origen alcohólico.

En la etiopatogenia traumática el pseudoquiste se forma como resultado de lesión a los acinos y conductos mayores pancreáticos con ruptura, autodigestión, necrosis y

acumulación de secreción seguido de proliferación de tejido conectivo fibroso con encapsulación y formación de un pseudoquiste contiguo con el páncreas^{6/7}.

Desde el punto de vista anatomopatológico pueden encontrarse 2 variedades.

1.- Extraparenquimatosa: permaneciendo en el exterior del páncreas más o menos ligado a él. Los cuales por lo general son voluminosos. Se producen generalmente como consecuencia de pancreatitis aguda necrosantes. Rara vez comunican con los canales excretores de la glándula.

2.- Intraparenquimatosa: se desarrollan dentro del parenquima pancreático complicando generalmente a pancreatitis crónica. Son de mediano a pequeño volumen.

De acuerdo a su ubicación pueden ser: Intergastrocólico que es con muchos la forma más frecuente; Retrogástrico, Interhepatogástrico y Submesocólico, sugiriendo su nombre localización dentro de la glándula se distinguen variedades de la localización cefálica (46 o/o), corporal (215) y caudal (14 o/o) en la serie de Tiscormia⁷.

El cuadro clínico varía según su localización y volumen condicionando sus manifestaciones, recalando que no existe un conjunto sintomático característico, siendo en muchos casos su evolución silenciosa.

La historia clásica incluye dolor abdominal, masa abdominal, vómitos, fiebre. En ocasiones de más de la mitad de los casos se recoge el dato de trauma abdominal cerrado, la parotiditis, pancreatitis, calcificaciones, tumores malignos y niños mal tratados son implicados en algunos casos; una tercera parte aproximadamente se presenta sin causa etiológica conocida.

La biometría se caracteriza por hiperamilasemia, amilasiuria, en muy raras ocasiones se produce diabetes o alteración de la función exocrina del páncreas.

Las investigaciones radiológicas son fundamentales, mostrando la ubicación precisa de la masa. Las radiografías simples muestran el desplazamiento de las sombras aéreas intestinales. La serie gastroduodenal es muy importante, observándose rechazo anterior o superior del estómago y un ensanchamiento del marco duodenal⁸.

La enema baritada puede mostrar desplazamiento inferior y compresión del color transversal y otras estructuras adyacentes.

La urografía presenta compresión del riñón izquierdo ocasionalmente.

La ultrasonografía es el examen ideal para el Dx y evolución del pseudoquiste, pudiéndose detectar desde el tamaño de 2 cm. de diámetro, con un acierto de más de 90 o/o, siendo superior a la tomografía axial computarizada^{9/10/11/12}.

El manejo puede ser conservador en caso de quistes muy pequeños, los cuales se resuelven espontáneamente. El manejo quirúrgico está reservado para quienes presentan quistes de mayor tamaño y para aquellos pequeños o moderados que no responden al manejo conservador.

El tratamiento quirúrgico consiste en aspiración, excisión total, drenaje externo por cateter o marsupialización y drenaje hacia el tracto gastrointestinal.

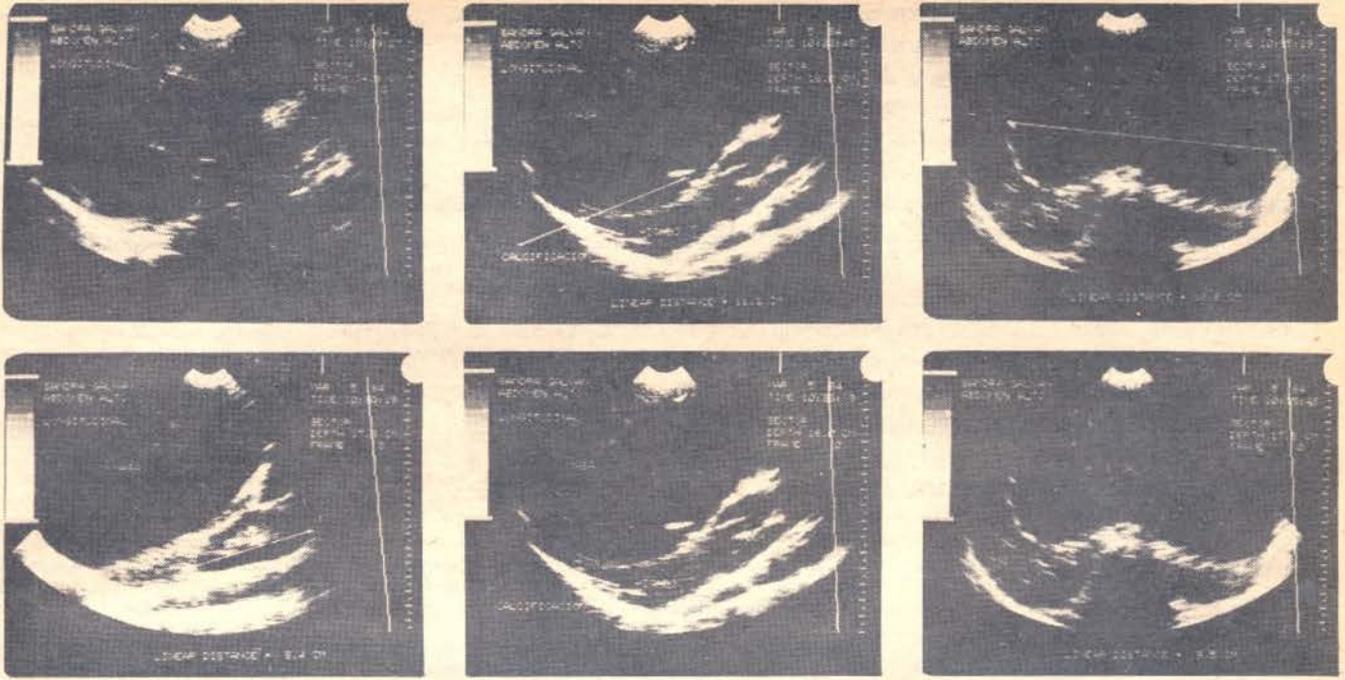


FIG. No. 4. Sonografía que evidencia: gran masa abdominal de 10x19x11 cm con calcificaciones en la pared, de contenido líquido que crece desde retroperitoneo hacia el abdomen, desplazando estómago e hígado.

El drenaje interno preferiblemente es el más empleado actualmente, reportándose pocos casos de recurrencia^{13/14}.

Se revisa el archivo general del Hospital Dr. Robert Reid Cabral, así como los registros del Departamento de Cirugía y Anatomía Patológica de dicho hospital en un período de 10 años (1973-1983). Se revisaron 4,864 expedientes encontrándose 5 casos de pseudoquistes de páncreas, lo que representa 0.1 o/o de los casos quirúrgicos durante dicho período.

El sexo masculino estuvo afectado en tres casos para un 60 o/o mientras que el sexo femenino en dos casos para un 40 o/o.

Las edades estuvieron comprendidas entre 4 y 9 años con una media de 6.5 años.

El diagnóstico de ingreso fue de neuroblastoma en un caso. Tumor de Willms en tres casos. Hepatoma en un caso.

Los síntomas y signos más prominentes fueron: dolor abdominal presente en todos los pacientes; una masa abdominal notada por la madre y por el examen físico fue comprobada en 4 casos para un 80 o/o. La anorexia y la pérdida progresiva de peso estuvieron presentes en 4 casos para un 80 o/o respectivamente. La fiebre estuvo presente en dos casos en un 40 o/o. Distensión abdominal en dos casos para un 40 o/o y en un caso los vómitos fueron un dato prominente.

La desnutrición estuvo presente en 3 pacientes.

Entre los antecedentes personales, en dos casos hubo historia de trauma abdominal cerrado y en un caso el niño había padecido paperas 4 años antes del inicio de la sintomatología.

En ningún caso hubo antecedente familiar de enfermedad pancreática.

Los métodos diagnósticos utilizados fueron enema bariada, urografía y en un caso se realizó sonografía.

En todos los casos el encuentro sugirió un pseudoquiste de páncreas que fue posteriormente confirmado por los estudios histopatológicos.

Algunas revisiones sobre pseudoquistes de páncreas en niños^{15/16}, demuestran que el trauma abdominal es responsable de aproximadamente 60 o/o de los casos. Cálculos, tumores malignos y parotiditis han sido implicado en algunos casos y 30 o/o aparecen sin causa demostrable.

Los pseudoquistes aparecen normalmente dentro de sus sacos, pero pueden disecar hacia la trascavidad de los epiploes, al mesocolon transversal o a través del diafragma, ocurriendo extensión hacia el mediastino hasta el 40 o/o de los casos.

La asociación de dolor abdominal, masa abdominal, vómitos y fiebre pueden hacer hacernos sospechar la posibilidad de un pseudoquiste de páncreas. La extensión hacia el mediastino puede llevar a dificultad respiratoria y el derrame pleural ocurre ocasionalmente.

La concentración de amilasa sérica se encuentra elevada hasta en el 80 o/o de la serie revisada, la elevada concentración de esta enzima en el líquido del pseudoquiste es una guía diagnóstica específica; además la amilasa urinaria está aumentada.

La serie gastroduodenal muestra desplazamiento anterior del estómago y porción proximal hacia el duodeno en el 80 o/o de los casos. Ocasionalmente es posible obser-

var desplazamiento inferior del colon transverso.

La reciente introducción de la ultrasonografía como un medio diagnóstico importante y de incalculable valor en el diagnóstico del paciente con enfermedad pancreática deseándose evitar la cirugía cuando es posible, demostrando que la historia natural de resolución espontánea de este proceso en algunos días y la regresión progresiva de los pseudoquistes de cualquier etiología en un 20 o/o de los casos.

Nosotros creemos que la rutinaria investigación de los niños con enfermedad pancreática por ultrasonografía mostraría una más alta incidencia de formación de pseudoquistes de lo que ha sido previamente reportado.

En resumen nuestra experiencia demuestra que el pseudoquiste de páncreas es una entidad rara en niños, pero que debe tenerse en cuenta en la temprana infancia.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Lohrer, A.: Zur Pankreas Psudozyst in Kindersalter, Praxis 59: 1964, 1970.
- 2.- Balfour, J.: Pancreatic Pseudocyst; Complications and their relations to the timing to the treatment Surg-Chin, N. Amer, 50: 395-402, 1970.
- 3.- Maurique J.: "Pseudoquistes del Páncreas". Rev. Arq. Cirugía 3: 308, 1961.
- 4.- Comey D. R., Grosfeld J. L.: Operative Management of Pancreatic Pseudocysts in Infants and Children. Ann Surg 1975; 182: 590-596.
- 5.- Young L. W.: Pancreatic and/or Duodenal Injury From blunt trauma in Childhood Radiologic Examinations and Radiological Reviu. Ann Radiol 1975; 18: 377-390.
- 6.- Cadile J. C., Florest A. F. y Cols. Pseudoquiste de Páncreas; Acta Gastroenterología Sat. Amer. 11: 391-398, 1981.
- 7.- Charles W. Austin; John R. Sty "Special Feature Radiological Case of the Month" Am. J. Dis. Child - Vol. 135, Aug, 1981. Pags. 757-758.
- 8.- Leopold G. R., Pancreatic Echography. New Dimension in the Diagnosis of Pseudocyst, Radiology 104: 365, 1972.
- 9.- Moossa A. R.: Pancreatic Pseudocysts in children Surgn. 19: 139, 1974.
- 10.- González A. C., Bradley El and Clemens JL Pseudocyst Formation in Acute Pancreatiti Ultrasonographic Evaluation of 99 Cases Am. J. Roentgercol 127: 315, 1976.
- 11.- Friedman, A. P.; Slons, TL; Haller, JO. Lebensart DP; the role of sonography in evaluation Right Upper Quadrant disease in children. Clinical Pediatrics. Vol. 19, No. 9, 1980, Págs. 591-596.
- 12.- Coonery D. R. and Crosfeld J. L.: Operative Management of Pancreatic Pseudocysts in infants and children, Ann Surg 182: 590, 1975.
- 13.- Mallard, R. E.; Stilwell CA; O'Neill J. Mediastinal Pancreatic Pseudocyst in Infancy The Journ of Pediatrics, Vol. 91, No. 3, 1977, Págs. 445-447.
- 14.- Miller, RE: Pancreatic Pseudocysts in Infants and Children. Arch Surg. 89: 517, 1964.
- 15.- Wool G. and Golching. Pseudocyst of the Pancreas, J. Pediatr. 70: 586, 1967.