

## UN CASO DE SEUDOQUISTE DEL PANCREAS

Presentado por el Dr. **Marco A. Medina C.** ante los miembros de la Sociedad de Cirugía y la Sociedad de Internos del Hospital de San José de Bogotá.

### *Historia clínica.*

A. S. 25 años. Natural de Toca. Soltero. Profesión: obrero. Viene de Villavicencio. Ingresó al Hospital el 1º de diciembre de 1945.

A. H. Padre vivo en buen estado de salud; la madre es muerta e ignora la causa. Dos hermanos vivos y cinco muertos.

A. P. Paludismo.

A. Q. Negativos.

### *Historia de la enfermedad:*

Hace dos meses sufrió un fuerte traumatismo en el abdomen superior, al caerle encima una gran cantidad de tierra.

Desde entonces comenzó a sentir un dolor sordo; que ha venido acentuándose un poco; que se hace más intenso por la tarde y por la noche; que no guarda relación con las comidas; de localización epigástrica y con irradiación hacia atrás. El dolor ha sido de comienzo incidiioso y de evolución progresiva y lenta.

Junto con el dolor de carácter constante, el enfermo presenta náuseas postprandiales, anorexia e insomnio.

A las pocas semanas del accidente, notó la presencia de una masa tumoral hacia el hipocondrio izquierdo, que ha venido progresando con cierta rapidez, hasta formar hoy día un gran tumor percutible y palpable que invade el epigastrio. Anota también un cierto grado de enflaquecimiento.

Examen del enfermo: Paciente de piel blanca, pálido, de buen desarrollo general, de talla alta, de buena contextura, algo enflaquecido, sin impedimento para efectuar la marcha.

Aparato digestivo: Dentadura en buen estado; lengua limpia y húmeda; falta de apetito; deposición diaria o interdiaria. Experimenta en el abdomen el dolor con los caracteres anotados y sensación de plenitud.

Aparato respiratorio: Normal.

Aparato genitourinario: Normal.

Aparato circulatorio: Normal. Pulsó de 76 p. m. regular, firme.

T. A.: Mx.: 12; Mn. 7.

Sistema nervioso: Normal.

Examen clínico de la región afectada: La inspección muestra un abdomen de aspecto normal, de buena tonicidad muscular a la palpación. Al tratar de palpar el abdomen superior se encuentra un gran tumor que emerge del hipocondrio izquierdo y que abarca parte del hueco epigástrico; es regular en su forma y en sus contornos hasta donde es posible explorarlo. Por arriba se insinúa por debajo del reborde costal izquierdo; por abajo llega hasta una línea horizontal que pasará por el ombligo; hacia la izquierda va hasta el bazo, y a la derecha alcanza a pasar unos tres centímetros la línea media.

La percusión da una zona de maciez que corresponde a la cara anterior del tumor, que se puede delimitar así hasta encontrar sonoridad en sus contornos.

La palpación y percusión despiertan dolor no muy acentuado. La consistencia es dura, el tumor no sigue los movimientos respiratorios, ni se puede provocar su desplazamiento en ningún sentido. La piel no adhiere al tumor.

Durante los quince días de preoperatorio la temperatura fue normal y el pulso en concordancia.

*Examen radiológico:* Al ingresar al servicio, el paciente trae consigo unas radiografías, que son interpretadas para una lesión gástrica. El concepto del radiólogo es el siguiente:

“En el examen de estómago, este órgano se encuentra un poco caído y muy dilatado, pero está móvil y la evacuación se hace sin dificultad pilórica aunque no se aprecian las contracciones de la pared gástrica. Tanto en radiosкопia como en radiografía y en posiciones vertical y horizontal, se ve una gran deformación de los contornos gástricos, de aspecto lagunar, que invade toda la parte media de la gran curva y se propaga ligeramente hacia la parte superior de la pequeña curva. A la palpación se nota una tumoreación, blanda, móvil, pero sensible. El bulbo duodenal presenta un aspecto normal, pero el arco duodenal aparece ligeramente dilatado”.

“Radiológicamente se trataría de una neiformación que invade gran parte del estómago, sin estenosis polórica”.

*Cuidados preoperatorios:* Vitamina K, coaguleno, extracto hepático y suero dextrosado endovenoso.



Radiografía

*Exámenes de laboratorio:*

Análisis de Sangre: Azohemia 0,377 de Urea por mil.

Glicemía 0,80 de Glucosa por mil.

*Examen Parcial de Orina:*

Álbumina: Huellas. Acetona: No hay.

Glucosa: No hay. Urobilina: Aumentada.

Pigmentos Biliares: No hay. Indican: No hay.

Reacción: Neutra.

Sedimento: Células epiteliales planas; leucocitos, cristales de urato de sodio; algunos glóbulos rojos.

*Descripción de la intervención quirúrgica.*

Cirujano: Dr. Hernando Galvis Ordóñez.

Ayudante: Marco A. Medina C.

Anestesista: Srita. Cecilia Riaño.

Anestesia general por el ciclopropano.

Duración de la intervención: 2 horas.

Incisión mediana supraumbilical.

Se encuentra un estómago de aspecto normal, rechazado hacia adelante contra la pared abdominal, y un poco hacia abajo y hacia la izquierda por una gran masa tumoral. Para abordar este tumor, se abre una brecha amplia a través del epiplón gastro-cólico y se encuentra una neoformación del tamaño de una cabeza de hombre, adulto, limitada a la izquierda por al bazo, a la derecha por el hígado, hacia arriba por la cúpula diafragmática y el hígado, y hacia abajo por el colon transverso.

Como este tumor es inmóvil, renitente y no ofrece plano de clivaje alguno por la íntima relación con los órganos de vecindad, se practica una punción exploradora, recogiéndose un líquido amarillo transparente. Conociéndose la naturaleza quística del tumor se hace una incisión sobre éste y con el aspirador se extrae todo el contenido líquido.

La pared del quiste es blancuzca y de un espesor de medio centímetro; de esta pared se toma un fragmento para la anatomía patológica. La superficie interior del quiste es de color violeta, y pueden observarse en ella fragmentos pequeños blanquecinos y adheridos. La exploración digital permite hallar una cavidad única.

Ante la imposibilidad de extirpar el quiste por su gran tamaño, inmovilidad y por no ofrecer ningún plano de clivaje, se resuelve colocar una mecha grande en su interior, haciendo un taponamiento, cuya extremidad libre se deja fuera del abdomen. Se adopta esta conducta por la imposibilidad de hacer una marsupialización. Este proceder está de acuerdo con el Prof. A. Gosset quien dice: "La falta de pared propia hace imposible la decortización de estos seudoquistes. Resulta, pues, un contrasentido querer intentar su extirpación. La fijeza del quiste, la profundidad y la fragilidad de su pared hicieron imposible la marsupialización.

Reconstrucción de la pared según la técnica usual.

#### *Cuidados postoperatorios:*

Hielo, tonicardíacos, solución de dextrosa endovenosa. Se retira la mecha a los tres días, y se va cambiando de tres en tres días por espacio de un mes y medio. Al final de este tiempo no sale más líquido y el enfermo permanece en observación ocho días más, hasta el 7 de febrero-46, fecha en que se autoriza su salida.

El estado del enfermo ha mejorado apreciablemente y sale en buenas condiciones.

Como única complicación postoperatoria se anota la presencia de manifestaciones dolorosas reumáticas en dos ocasiones, las cuales cedieron al salicilato.

*El examen anatopatológico del fragmento tomado, dió el siguiente resultado:*

"Se recibieron unos pequeños fragmentos sólidos".

“En los cortes transversales se observa que la pared de la formación encontrada está constituida por bandas conjuntivas entre las cuales abundan los vasos sanguíneos y en general están disociadas por hemorragia y por pequeñas áreas necrosadas. Está infiltrada de manera difusa por células redondas y escasos polimorfocelulares; hay algunas áreas celulares con elementos poliédricos, de citoplasma claro, pero muy alterados y no se puede precisar su origen”.

“En algunos sitios la superficie aparece con una faja de sustancia sin estructura que da el aspecto de un revestimiento, en otros aparecen células alargadas en el sentido de la pared, pero que pertenecen a las propias láminas conjuntivas; por lo tanto, no encontramos en la pared, en ninguno de sus lados, una capa neta de revestimiento celular”.

“Los fragmentos blanquecinos enviados, muy pequeños, corresponden a tejidos completamente necrosados”.

“No hay signo de lesión maligna”.

Dada la localización que se indica y la forma de la tumoración hallada, podemos pensar en que se trata de un **SEUDOQUISTE DEL PANCREAS**”.

Examen del Líquido del seudoquiste Pancreático:

Investigación de Rivalta: Negativa.

Examen Citológico: Leucocitos y hematíes; algunos poikilocitos.

*Diagnóstico diferencial:* Trataré de hacer un diagnóstico diferencial con los tumores no pancreáticos, para luego hacer una diferenciación con los de origen pancreático.

Haciendo un diagnóstico de órgano, sin ocuparme de entidades particulares a cada uno, comenzaré por los grandes tumores del riñón.

**Riñón.**—El gran volumen que pueden adquirir estos tumores, hacen difícil su reconocimiento por el simple examen clínico, pero hay ciertos signos que despiertan la sospecha de su implantación renal: el contacto lumbar y del flanco no lo pierden, y conservan su sonoridad por delante; el espacio de Traube y el triángulo de Labeé suelen estar libres. Los tumores sólidos de origen inflamatorio (riñón quístico, neoplasias) además de su sintomatología, rica por parte del árbol urinario (dolores, hematuria, piuria, disturbios vesicales), poseen signos semiológicos claros, como son la deformidad del flanco, contacto lumbar, peloteo de Guyon, desplazamiento vertical con los movimientos respiratorios, en parte son reductible bajo la arcada costal.

La ureteropielografía y el estudio radiológico del tránsito intestinal son de gran utilidad.

*Bazo.*—Los bazo de gran tamaño (esplenomegalias) pueden delimitarse fácilmente, gracias al contacto de la víscera con la pared abdominal anterior y a las relaciones estrechas que contrae con el diafragma. El crecimiento general y paulatino del órgano, establece un contacto más íntimo con la base del hemitórax izquierdo, que cualquiera otra clase de tumores. La percusión del espacio interescapulo-vertebral izquierdo, permite limitar el polo supero-posterior, lo mismo que el borde supero-interno; la palpación permite apreciar el polo inferior y el borde intero-posterior. En las esplenomegalias de desarrollo transverso, el espacio de Traube y el triángulo de Labée dan una zona de maciez. La movilidad respiratoria y el desplazamiento pasivo, tienen importancia clínica, salvo en el caso de adherencias por periesplenitis, o por lo contrario, en caso de ptosis por alargamiento de su sistema ligamentoso. La esplenomeetración adrenalinica es un signo que permite asegurar que el tumor es del bazo, asociada al estudio hematológico inmediato. Las modificaciones del cuadro hemático ayudan al diagnóstico de tumor del bazo.

Las radiografías de contraste del tractus intestinal, revelan un descenso del ángulo cólico izquierdo; la gran curvatura del estómago ofrece una imagen en zigzag, debido a las escotaduras del bazo, o una imagen policíclica en caso de quistes múltiples.

*Estómago.*—Ciertos tumores del estómago pueden ocasionar, un gran aumento del tamaño del órgano, como puede ser, el sarcoma gástrico, en extremo raro, descritos por Lecene y Petit, cuando adopta la forma de tumor abdominal, sin síntomas gástricos, pero de evolución rápida y que dan gran enflaquecimiento.

El cáncer del estómago de localización casi siempre a nivel del píloro, o de situación en la pequeña curva, pueden dar imágenes radiológicas, cuya interpretación puede conducir a un falso diagnóstico tal como ha sucedido en el caso que se ha presentado en esta ocasión. La sintomatología y la evolución clínica del cáncer gástrico, especialmente la ausencia casi completa de trastornos digestivos en este enfermo, inclinaron al cirujano a hacer una laparatomía de precisión.

*Mesenterio:* Los tumores quísticos del mesenterio se desarrollan entre las hojas peritoneales del mesenterio, a expensas de elementos propios o de núcleos celulares, incluídos desde la vida intrauterina. El dolor es por lo general próximo al ombligo, difuso, de intensidad variada. El Q. del M. provoca toda una variedad sintomática digestiva (dispepsia, náuseas, vómitos, plenitud gástrica, meteorismo, estreñimiento o diarrea) debidas sea a causas mecánicas, a presión, a tracción o desvío del intestino, aún sin tu-

mor palpable. Trastornos del árbol urinario, cuando entran en contacto con la vejiga.

Una de las características de los Q. del M. es la movilidad marcada pasiva lateral, con ausencia de desplazamiento respiratorio, salvo ciertos Q. de posición alta. Bónaccorsi adjudica a estos tumores la particularidad de desplazarse en sentido anteroposterior, movilidad provocada con un golpe brusco y rápido, de modo que la masa sea despedida contra la columna vertebral; el tumor rebota, apreciándose un segundo choque en la palma de la mano aplicada sobre el abdomen. Es el signo del rebote de la escuela italiana.

*Tumores del Páncreas.*—Necrosis aguda del páncreas. Es de una marcha dramática y predominan los fenómenos de intoxicación general. (Teoría de la autodigestión, teoría humorar). La teoría de la autodigestión es la que tiene más partidarios, en casos de obstáculos mecánicos que provocan la regurgitación de la bilis en el árbol excretor del páncreas, en presencia de la enterokinasa segregada por el duodeno, o de la tripsina, que son substancias activadoras, según Stoker y Westphal.

El dolor es agudísimo, epigástrico, y la crisis estalla con ocasión de una comida indigesta o coincide con un cólico hepático, y es de tal intensidad que los enfermos entran en estado de shock; existe hipotonía arterial, pulso bradicárdico por estímulo vagal. El vómito puede existir. Existen formas sobreagudas.

A pesar de la relajación muscular, no es posible apreciar ningún tumor al examen abdominal, por el meteorismo epigástrico.

Bronner ha concretado un síndrome radiológico: estómago alto duodeno en C por desplazamiento centrífugo, el bulbo duodenal en sentido transverso, visualización del segmento distal del duodeno y proximidad del yeyuno: el ángulo duodeno-yeyunal no es visible.

*Adenoma pancreático.*—El adenoma de los islotes de Langerhans presenta un interés medicoquirúrgico particular, por sus caracteres somáticos bien definidos en los últimos tiempos y que se atribuyen al hiperinsulinismo. Estas observaciones datan de 1929, hechas por Mac Clenahan y Norris en un individuo con crisis de hipoglicemia.

Epoca entre los 7, y 50 años. La crisis hipoglicémica sobreviene de improviso, con sensación de hambre y de angustia o acompañada de temblor, en ocasiones amnesia, o crisis epileptiformes. Estas crisis se calman al ingerir H. de C. o inyectar una solución de glucosa en la vena.

Se impone la determinación de la glicemia.

La laparotomía no demuestra nada, debido al tamaño pequeño del adenoma, generalmente Fischer incide el peritoneo parietal,

aisla parcialmente el páncreas, y con la palpación cuidadosa descubre un nódulo de mayor consistencia que suele ser encapsulado.

**Neoplasias malignas del páncreas:** El carcinoma y el sarcoma son primitivos en el páncreas. El carcinoma se origina en los conductos glandulares o en los acini, rara vez en los islotes. No sobrepasa el tamaño de un puño, si no se considera la adenopatía de vecindad. El carcinoma es el más frecuente, y en individuos de 40 a 50 años.

El cuadro clínico en ambos es proteiforme, con manifestaciones comunes a todas las neoplasias, fenómenos de compresión mecánica y trastornos secretores, que son de déficit o de hiperactividad.

El dolor ocupa un lugar preferente, pero en ocasiones es reemplazado por molestias vagas, y fenómenos digestivos variables. Puede existir ictericia en la localización cefálica; agotamiento orgánico, crisis de hipoglicemia, cuando es carcinoma de los islotes de Langerhans. Con frecuencia se presenta ascitis y edema de los miembros inferiores. En raras ocasiones adquieren gran tamaño rápidamente, paralelamente a la decadencia orgánica, lo que pone en pista de un tumor maligno.

Existen sarcomas quísticos que se pueden confundir con los tumores benignos, y es necesario practicar la biopsia de un trozo de tejido.

La colangiografía puede dar datos importantes.

**Tumores quísticos del páncreas.**—Tienen una fisonomía muy igual sea que se trate de quistes verdaderos, Q. hidatídicos, Q. dermoideo, seudoquiste o bursitis omental isquística.

En los quistes verdaderos, además de su contenido líquido, la bolsa quística, está tapizada de una capa epitelial, menos la hidatide.

El Q. hidatídico y el dermoideo muy rara vez son de localización pancreática.

El seudoquiste es más frecuente y se origina a raíz de un traumatismo o después de la necrosis aguda del páncreas. Anatómicamente se distingue por un contenido líquido, con fermentos y productos derivados de los pigmentos sanguíneos, por limitarlo una pared desprovista de toda capa epitelial, constituida por tejido conjuntivo proveniente del páncreas mismo. Cuando el líquido se almacena, no en una excavación en el páncreas, sino en la retrocavidad de los epiplones toma el nombre de bursitis omental isquística.

**Evolución:** Pueden estar cubiertos por el pequeño epiplón, desarrollados entre la pequeña curva del estómago y la cara inferior del hígado y es la variedad intergastrohepática. O entre el estómago hacia arriba, provocando el descenso de la mitad izquierda del colon

tranverso, cerrando el ángulo cólico, y es la variedad intergastrocólica; o en fin se abren paso entre el colon izquierdo y las asas delgadas y es la variedad intercolomesentérica. El caso presentado hoy pertenece a la variedad intergastrohepática como puede observarse en la radiografía.

Estos quistes pueden presentarse entre los 2 y los 50 años; se cita un caso excepcional en un niño de 6 meses observado por Railton. Es más frecuente en la mujer.

Como causas predisponentes se citan la sífilis, el alcoholismo y los excesos alimenticios. Como antecedente puede encontrarse una intervención en el abdomen superior, vías biliares especialmente, más a menudo un traumatismo abdominal o una crisis pancreática.

El dolor es el signo subjetivo más importante y que se encuentra en un 91% de los casos, epigástrico y de evolución muy variada. Algunos son indoloros, y el enfermo sólo siente plenitud gástrica, molestias después de las comidas, a veces diarreas, estreñimiento, fiebre, sudores, etc.

Puede presentarse enflaquecimiento, ictericia si el tumor es de localización cefálica, vómito. Como consecuencia de una necrosis aguda, puede hallarse diabetes.

El tumor se observa en más de la mitad de los casos, de localización epigástrica y del hipocondrio izquierdo, elástico, fluctuante, o duro, de superficie lisa, no sigue los movimientos respiratorios y no tiene desplazamiento pasivo, salvo ciertos quistes verdaderos de tamaño pequeño. La movilidad respiratoria es más frecuente en los Q. hídatídicos.

Mirizzi cita la cutirreacción de Casoni y la prueba de Imaz-Lorentz para el diagnóstico del Q. Hídatídico, como también la radiografía directa que revela núcleos calcificados.

Las radiografías de contraste tienen mucho valor diagnóstico en lo referente a las vías digestivas, por las desviaciones y cambios de las imágenes del estómago; sin embargo estos tumores no afectan el tránsito gástrico. Estos cambios en las imágenes radiológicas dependen del desarrollo, entergastrocólico, intergastro-hepático, etc. La variedad intergastrohepática da una imagen en reloj de arena como puede verse en la radiografía. La variedad intergastrocólica invierte la imagen de la pequeña curva del estómago. El rechazo centrífugo del duodeno se observa en los quistes de la cabeza del P. La radiografía lateral muestra un desplazamiento del estómago hacia adelante, lo que permite afirmar que el tumor no pertenece a este órgano.

El tránsito del bario por el intestino delgado y por el colon se hace sin dificultad.

Según Dennis la laparotomía exploradora, es en última instancia, la encargada de ratificar o rectificar el diagnóstico.

Tratamiento quirúrgico: Cura preoperatoria: 500 a 1000 c. c. de suero glucosado al 10% intravenoso.

Anestesia: Pentocaína raquídea da el mejor resultado operatorio y postoperatorio; produce una buena relajación muscular.

Técnica operatoria: Amplia incisión de concavidad inferior, cuya parte media pase a unos tres centímetros por encima del ombligo; incluye ambos rectos y da una exposición amplia y adecuada. Incisión amplia del ligamento gastrocólico, expone por entero el páncreas.

Los adenomas que son nódulos de 1 a 2 cms. de diámetro, están cubiertos por finos vasos, que se ligan rápidamente, con seda muy fina, casi siempre se pueden libertar debido a su condición de ser encapsulados generalmente. Cuando se extrae un adenoma, es necesario cerciorarse de si existen otros. Las hemorragias pueden ocurrir más fácilmente del lado de la cabeza. El adenoma es más bien patrimonio del cuerpo y de la cola. Para tratar de explorar la cabeza, es mejor movilizar el duodeno con la cabeza e inspeccionar la cuidadosamente.

Puede ser necesario por causa de los vasos que le vienen de la esplénica al páncreas, hacer esplenectomía y es lo que aconseja Emile Holman de San Francisco; disminuye la hemorragia y facilita la operación. Si se reseca el órgano se coloca un dren en el lecho; si solo el adenoma es resecado, no es necesario el dren.

Cuidados postoperatorios: La glicemia baja rápidamente, por uno o dos días después de la operación, pero no requiere terapéutica especial. Una continua administración de una solución salina normal a razón de 100 c. c. por hora, es de gran ayuda para prevenir el shock. Administrar líquidos en las primeras 24 horas por vía oral hasta que el paciente esté libre de vómitos y náuseas.

*Resultados.*—En 17 pacientes operados por hipersinsulinismo, 14 con uno o más adenomas, han podido ser seguidos. (Wippel) por unos 5 años. Uno hizo una tormenta tiroidiana. Los otros curaron de su hiperinsulinismo y de sus ataques de shock insulínico.

*Cistoadenoma.*—Cuando el tumor está limitado a la cola puede resecarse la cola con el tumor por entero 14x11x6 cms. Se han podido seguir pacientes por 3 años sin recidivas.

En un paciente el cistoadenoma se marsupializó y la bolsa fue tratada con acetona. La bolsa persistió y fue de nuevo operado; sin embargo el paciente murió al cabo de algunos días después de la segunda intervención.

Un segundo paciente operado dos veces curó con el uso de hidrato de potasio aplicado en la bolsa. Otro paciente cuya bolsa fue

marsupializada por lo extensa hizo una fistula persistente. Algunos meses más tarde la fistula fue abocada al estómago, y el paciente drenó su fistula en el estómago. Este enfermo murió un año más tarde por una degeneración maligna de la bolsa quística.

**Uso de soluciones exclerosantes:** Las soluciones exclerosantes se usan cuando la bolsa quística no puede ser resecada y requiere marsupialización; son una ayuda en las fistulas persistentes.

En las bolsas quísticas marsupializadas el uso de soluciones irritantes y esclerosantes, como el salicilato de soda al 2%, pueden ser empleadas en un principio. Se pueden emplear otras soluciones suaves, como la acetona, sol. de hidrato de potasio al 20%, 5 c. c. en el trayecto por un cateter, seguida de instilaciones de ácido acético al 5%, 10 a 20 c. c. por cinco minutos. La fistula curará con este tratamiento en 3 a 4 semanas.