

Estudio Clínico de los Pseudoquistes de Páncreas

Dr. EDGARDO ALONZO M. (*)

Las frecuentes comunicaciones y variados estudios exhaustivos efectuados en los últimos años sobre la clínica y las indicaciones terapéuticas de los pseudoquistes de páncreas, nos han hecho conocer mejor la patogenia de esta entidad.

Considerada hasta el presente como una patología muy poco frecuente, tenemos la impresión de que su incidencia es tal como para no considerarla una rareza o curiosidad de la práctica médica.

En el reciente Congreso de Cirugía de París (Octubre, 1958), Mallet Guy (9) y Mercadier (10) actualizan el tema dada la importancia que han sabido imprimirle.

Con la presente comunicación de 2 casos personales, nos proponemos hacer una puesta al día del estudio clínico con un resumen final sobre las modalidades terapéuticas que se desprenden de sus diferentes variedades según su etiología, localización, etc.

El primer informe descriptivo del quiste pancreático corresponde a Gussenbauer en 1882 Cit. por Kretish (ó), dilucidando por primera vez la patogenia del quiste y estableciendo la terapéutica adecuada. Desde entonces, la definición y clasificación de las formaciones quísticas del páncreas han sufrido modificaciones y en el presente la concepción de los pseudoquistes puede definirse como colecciones líquidas del órgano, rodeadas de tejido fibroso, ocasionados por traumatismos o inflamaciones y cuyas paredes están desprovistas de epitelio. Este último concepto es básico para diferenciarlo de los quistes verdaderos, cuya cavidad es regularmente tapizada de células cuboideas.

Muchas son las clasificaciones que se han intentado y se basan en su etiología y localización. La de E. E. Clifton Cit. por Fishman (5), es sencilla e involucra fácilmente las formas únicas o múltiples así:

Pseudoquistes	Congénitos	Uniloculares
	Adquiridos	
A) Verdaderos	Traumáticos	
	Inflamatorios	

(*) Gastroenterólogo, Tegucigalpa, Honduras, C. A. Comunicación de dos casos al VII Congreso Médico Centroamericano, Panamá, Diciembre 1959.

Whittaker (15) propone otra forma semejante a/ considerar tres grupos principales:

- a) Los Pseudoquistes
- b) Los quistes verdaderos de retención
- c) Los cistadenomas.

Los primeros, los más frecuentemente reportados, engloban aproximadamente el 55% de los casos, careciendo de capa epitelial.

Los segundos, quistes verdaderos en una proporción de 25%, están tapizados de epitelio columnar o cuboideo y el tejido pancreático suele encontrarse en sus paredes; en su etiología se encuentra con frecuencia obstáculos en la vía biliar principal o bien proliferación de tejidos acinoso con formación quística.

En el tercer grupo, los cistadenomas que corresponden al 20% de los casos reportados, son generalmente multiloculares y tapizados igualmente de epitelio. Una tercera parte de los mismos son de orden maligno.

Una clasificación que ha obtenido aceptación es la propuesta por Mahoner y Mattson Cit. por Yáñez (18) de la Clínica Mayo, que reúne factores etiológicos y embrionarios:

1) Quistes Disontogénitos

- a) Enfermedad Fibroquística congénita de la infancia (Mucoviscidiosis).
- b) Enfermedad poliquística asociada a lesiones similares de riñón y en el hígado.
- c) Verdaderos quistes congénitos.
- d) Quistes dermoides y teratomatosos.
- e) Quistes originados en tejido pancreático aberrante.

2) Quistes Neoplásicos

- a) Adenocarcinomas quísticos
- b) Adenomas quísticos
- c) Hemangiomas y hemangioepiteliomas quísticos.

3) Quistes Parasitarios: (Hidatídicos, Cisticercosis)

4) **Quistes de retención:** (por cálculos, tumores, estenosis de los conductos pancreáticos, oclusión por ascáride).

5) Quistes Traumáticos

6) Quistes Secundarios a intervenciones quirúrgicas sobre el páncreas

7) Quistes Secundarios a necrosis pancreática aguda (llamados inflamatorios por algunos autores).

Según el criterio de la mayor parte de autores, la máxima frecuencia de colecciones quísticas corresponde a los pseudoquistes cuyo origen se encuentra en los procesos inflamatorios y traumáticos. Dichas formaciones alcanzan volúmenes algunas veces inusitados, variando su contenido desde pequeñas cantidades hasta 15 y 20 litros según Bockus (2).

Con relación a su localización se clasifican en intrapancreáticos y extrapancreáticos.

Los primeros como su nombre lo indica, se encuentra en pleno parénquima, ya sea en la cabeza, cuerpo o cola del órgano. Los segundos situados en la periferia, son englobados en parte por el parénquima de la corteza y tejido fibroso que suele hacer cuerpo con los órganos circunvecinos según el sitio en que se encuentren (estómago, intestino, epiplón, mesenterio...) Se proyectan en diferente dirección ya sea hacia el epigastrio, región umbilical o subumbilical y más raramente para la fosa renal como en 3 casos de Ormand, Wadsourth y Moreley Cit. por Miller (11), o bien para el hiato esofágico como en el caso de Edlin (igual Cit.)

Su contenido es en general hemático o serofibrinos (en las formaciones crónicas); las colecciones pueden ser también purulentas con detritus parenquimatosos.

El asiento más frecuente radica en la cavidad menor entre el estómago y el colon transverso, detrás del epiplón gastrocólico; la localización que sigue en orden de frecuencia se halla entre el estómago y el hígado (caso N° 1 de nuestras observaciones). Es de anotar con respecto a esta última localización, que su proyección hacia la parte alta del epigastrio, suele hacerse tan ostensible que pareciera hacer cuerpo con el lóbulo izquierdo del hígado, al cual sigue en sus movimientos durante la respi-

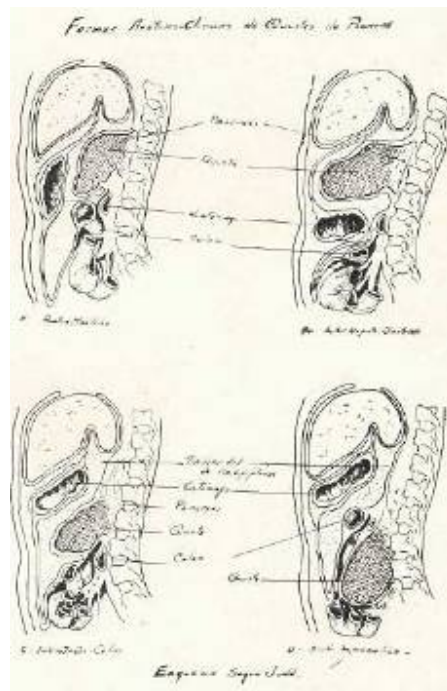


Fig. N° 1

Esquema de las proyecciones quísticas según Judd

ración y plantea problemas de diagnóstico diferencial con patologías de localización hepáticas.

Tomamos el esquema de Judd (Fig. N° 1) que es muy demostrativo de las localizaciones y desplazamientos que los pseudoquistes pueden presentar: A) La forma **retrogástrica** que hace prominencia en la transcavidad de los epiplones, detrás del estómago y que corresponde a un estado relativamente inicial de desarrollo. B) la forma **inter-hepatogástrica**, donde el tumor crece pasando entre el estómago y el hígado, levantando el epiplón menor. C) La forma **Inter-gastrocólica** de Kórté la más frecuente, donde el quiste levanta la hoja derecha del ligamento gastroesplénico y se insinúa entre el estómago por arriba y el colon por abajo, dirigiéndose hacia la región umbilical. D) La forma submesocólica de Korte que es excepcional, es debido a un desarrollo del quiste hacia abajo. Es raro que el quiste afecte un desarrollo posterior llegando a preponderar hacia la región lumbar.

Es interesante igualmente apuntar que las colecciones pseudoquísticas pueden comunicar directamente con el conducto Wirsung como lo ha demostrado Doubilet Seg. Cit. Wilson and Baugh (16), con interesantes estudios radiográficos, lo que explica que algunos pseudoquistes puedan desaparecer espontáneamente, al drenarse a través del mismo.

Frecuencia Se presentan con mayor frecuencia en el hombre, en una proporción de 56.8% y en la mujer en un 45.2%. Los quistes de origen traumático son los más frecuentes, correspondiéndoles aproximadamente las dos terceras partes de los casos.

Como apuntábamos al comienzo, los casos reportados a la literatura hasta los últimos años, han ido "in crescendo" y así observamos que en 1931, Judd, Matton y Mahorner Cit. por Waugh and Lynn (17), de la Clínica Mayo, encuentran 83 casos sobre 700.000 admisiones, lo que supone una incidencia de 1,2 por 10.000.

En el Massachusetts General Hospital de Boston, Young Seg. Cit. Yañez (18), sólo encuentra 5 casos en el decenio 1920-30; en la Clínica Lahey hasta el año 1952, solamente habían asistido 25 casos de quistes pancreáticos en su mayoría secundarios a pancreatitis aguda. En un período de 20 años Waltzel Cit. por Ghinst (7), de la Clínica Eíselberg reporta solamente 13 casos operados por esta patología.

En el último decenio, las comunicaciones personales se multiplican; encontramos un reporte de Polak y Kosteleckí (12) de Praga sobre 14 casos operados entre 1951-58. Zaoussis Seg. Cit. Delphey (4) en 1953 recoge 105 casos tratados por drenaje interno. Branderburg encuentra 24 casos y agrega 4 casos más de su propia experiencia. Warren y col. Seg. Cit. Wilson and Waugh (16) reúne una larga serie de 488 casos desde 1945 haciendo un estudio crítico sobre las indicaciones terapéuticas, 12 fueron vistos en la Universidad de Virginia.

Igualmente Mallet-Guy y Col. (9) analizan los resultados de las diferentes técnicas operatorias sobre 569 observaciones de las cuales 30 son personales. Wilson H. y Col. (16) reportan 8 casos en un período de 15 años, 9 casos son tratados por marsupialización por Miller y col. (23) entre 1949-54.

En la serie reportada por Waugh y col. (17) sobre 58 casos observados, 35 fueron hombres y 23 mujeres, incidencia que está de acuerdo

con el reporte de 44 casos de Veilthast y Priestley **Cit.** por Waugh and Lynn (17). En 31 casos de Meyer y Col. (25) no hubo diferencia esencial. La edad de la mayor parte de pacientes fue de 30 a 60 años de edad. No se ha encontrado predilección racial. Raramente se encuentra en los niños, Mithoefer reporta un caso en una niña de 20 meses Seg. **Cit.** Miller et al (11).

Se está comunmente de acuerdo en que la etiología de los pseudoquistes de páncreas estriba en las injurias de orden inflamatorio de la glándula o en traumatismos de la misma. Como se apuntó arriba, las partes de los pseudoquistes tienen origen traumático y las pancreatitis sólo complican en pseudoquistes en un bajo porcentaje. En 205 casos de pancreatitis, aguda de Wildengans Seg. **Cit.** Yañez (18) sólo 7 de ellos desarrollaron pseudoquistes, lo que viene a ser un 3.5%.

Para Fishman y col. (5) la proporción de incidencias es de 71.8 a 87% para la etiología traumática y de 12.5 a 28-2% consecutiva a pancreatitis aguda o crónica en algún momento de su evolución. Invoca asimismo factores obstructivos como causa desencadenante del proceso de pancreatitis. La formación de las colecciones líquidas tiene algunas variantes pero en principio coincide en el hecho de que, tras la iniciación de la fase inflamatoria aguda, como es lo que acontece en el caso de la pancreatitis aguda o al impacto que sigue de inmediato a un traumatismo del órgano: hay ruptura de vasos sanguíneos, de conductos de excreción (Wirsung y conductos secundarios) y discontinuidad del parénquima pancreático que son debidos, en el primer caso, al edema, extravasación hemática y activación de fermento proteolítico "in situ", lo que conduce a autodigestión del órgano y rotura de los acini glandulares, con la consiguiente solución de continuidad y colección líquida con los caracteres ya descritos; en el segundo caso, pancreatitis traumáticas, el proceso es más fácil de imaginar en cuanto a que el órgano "es prensado", vélgase la expresión, entre el plano posterior constituido por la columna lumbar y el objeto injuriante; órgano fijo y de constitución parenquimatosa, cuando es alcanzado por el impacto tiene grandes posibilidades de dañarse. Aquí los acontecimientos son más rápidos puesto que la fase inflamatoria, ingurgitante, etc., de la pancreatitis pura no se verifica, "es saltada" y se va directamente a la rotura del parénquima, vasos y conductos de excreción. Luego de sufrida la injuria, lógicamente acompañan y asisten los procesos inflamatorios que engloban y localizan al pseudoquiste. Puede suceder igualmente que si el impacto no ha sido suficientemente fuerte, se lleve a cabo una pancreatitis traumática que siga la evolución antes dicha y que llegue a constituir un pseudoquiste o no.

Generalmente los pseudoquistes se forman y se evidencian e continuación con un lapso de días, pero con alguna frecuencia pasan meses o años; ésto es de interés práctico conocer ya que el clínico necesita, debe investigar este tipo de antecedentes ante el diagnóstico diferencial de bultomas de la región periumbilical y del epigástrico. En nuestros dos casos, la tumoración fue apercebida varios meses después de la fase aguda.

Aspectos Clínicos: el dolor es el síntoma dominante en prácticamente el ciento por ciento de los casos, aunque autores como Bockus (2) le atribuyen solamente del 85 a 90% de los pacientes.

Adopta diferentes modalidades, pudiendo tratarse de una sensación de carácter moderada, continua o con exacerbaciones e intermitencias, o bien hacerse intolerable en forma de crisis aisladas en aquellos casos en que la colección se ha establecido en forma rápida. Cuando los pseudoquistes se han ido formando lentamente el dolor puede al principio ser nulo para irse evidenciando progresivamente. En nuestro segundo caso, nuestro paciente tras haber sufrido dos ataques de pancreatitis aguda, continúa aquejando dolor fijo en epigastrio, de carácter suave con intermitencias; fue examinado en ocasión de un estudio efectuado en E. U. A. y allí se le diagnosticó un Ulcus Duodenal y regresó con tratamiento médico. El dolor continuó en igual forma por algunos meses más, hasta que casi repentinamente se hizo intolerable, lo que coincidió con el descubrimiento de una tumoración epigástrica que hubo de ser intervenida con relativa urgencia y en la que se comprobó un pseudoquiste del tamaño de una cabeza de feto.

En realidad, el dolor puede manifestarse diferentemente y depende de diversos factores tales como umbral de sensibilidad del paciente, localización, volumen del pseudoquiste.

La localización del bultoma explica ciertos síntomas menos frecuentes: cuando asienta en el cuerpo del órgano y desplaza el estómago hacia adelante o hacia abajo, hay náuseas, vómitos y ardor epigástrico, con plenitud post-prandial incluso a ingestiones moderadas de alimentos.

Cuando se localizan en la cabeza del páncreas, reproduce el síndrome coledociano por compresión intramural del colédoco. Un caso que no incluyo en el presente trabajo, comenzó justamente con ictericia que se hizo ostensible en el término de una semana y que fue trasladada de urgencia a E. U. A. siendo imposible llegar a Boston adonde se dirigía, siendo intervenida en Miami, pues el dolor y los vómitos se hicieron intolerables, encontrándosele un quiste del páncreas; reintervenida en 3 ocasiones más por el Dr. Cattel durante el lapso de un año y sin lograr un diagnóstico, definitivo y habiendo reproducido el quiste en otra ocasión, muere en caquexia con metástasis generalizada. Fue probablemente un cistadenoma maligno de evolución insidiosa que nos reprodujo exactamente el síndrome coledociano de las neoplasmas de la cabeza del órgano.

Un caso notable de quiste pancreático ha sido publicado por Hurtwitz y Yesner que determinaba compresión de la vena esplénica y producía esplenomegalia, hematemesis, anemia e hiperplasia de la médula ósea. Mc Grigor Seg. Cit. Yañez (18) apunta que es posible producir obstrucción duodenal y Crandel (igual Cit.) Stuech y McEvory, relatan un caso de ascitis por compresión.

Las colecciones de dimensiones grandes ejercen presión sobre el plexo celiaco originando irregularidades vegetativas en el abdomen.

El examen físico revela la presencia de una tumoración de tamaño variable según el caso, tenso, generalmente muy doloroso a la presión, localizado en el epigastrio, región periumbilical incluyendo la subumbilical según algunos reportes. Generalmente fijos, pero en algunas ocasiones, cuando las paredes hacen cuerpo con el lóbulo izquierdo del hígado, pueden desplazarse a los movimientos respiratorios y simular un bultoma de este órgano o hacernos pensar en un quiste del mesenterio

(Caso N° 1 de nuestras observaciones).

Las observaciones ha demostrado que los quistes verdaderos **evolucionan** lentamente de manera que la instalación de la tumoración puede apreciarse a través de semanas o meses hasta considerársele de volumen marcado. No sucede así con los pseudoquistes los que en general evolucionan rápidamente. Podría suceder que de tamaño reducido el comienzo, permanezcan así hasta que por algún motivo haya reactivación del proceso y entonces aumente de volumen inusualmente agudizando el cuadro clínico.

Con relación a la evolución de estas colecciones, es fácil deducir que la indicación operatoria se impone tanto por la sintomatología que su presencia está produciendo como por el peligro que significa su rotura por aumento de la presión interna o por cualquier maniobra extemporánea. Una complicación posible es la infección de los mismos y transformación de su contenido en purulenta o sero-purulenta. Han sido relatados casos en que los pseudoquistes desaparecen espontáneamente al evacuarse por las vías naturales, desapareciendo el bultoma a la par que hay deposiciones oscuras, hemáticas, que indican la relación que hay con el tumor recientemente observado. Según Palmer (13) pueden evolucionar a la calcificación.

Los hallazgos de laboratorio no son constantes, las variaciones de la amilasa sérica están sujetas a la interpretación que se desprende de su inconstancia. Puede estar elevada aunque dicha alza es menos frecuente que en los casos de pancreatitis pura, ésto es especialmente válido para los casos de pseudoquistes que se reproducen alejados del ataque pancreático. De la bibliografía que hemos revisado no encontramos ningún dato que nos sea patognomónico o de especial ayuda para el diagnóstico.

Según Bolgert (1) los trastornos de la secreción externa e Interna del páncreas son de los más inconstantes: los trastornos dispépticos serian más bien debido a los fenómenos de comprensión gástrico que a la alteración pancreática; la diarrea persistente si estaría en favor de un trastorno de la secreción externa. Se ha podido observar síntomas de disfuncionamiento insulínico, glicosuria pasajera o hiperglicemia ligera. Inversamente en un caso de Troissier y Casaubon Seg. Cít. Bolgert (1) existía un síndrome de hipoglucemia con astenia, diplopía y dolores abdominales a los cuales se asociaba un deseo invencible de paciente por el azúcar.

Radiología: El capítulo de la radiología es muy importante pueslo que su conocimiento nos ayuda en gran forma al diagnóstico correcto.

En general y sin tratar de abordar el tema a fondo, podemos decir que las tumoraciones se evidencian radiológicamente por las comprensiones y rechazos sobre los órganos con los cuales está en contacto. En nuestros dos casos, el estómago se encontró desplazado y comprimido (Ver clichés 1, 2 y 3), la curvatura menor del estómago presentaba un aspecto liso y los pliegues gástricos tensos aunque podía apreciarse la integridad de sus paredes.

Cuando el tumor asienta en la cabeza del órgano se reproduce aquel ensanchamiento propio, de las tumoraciones de este órgano. Cabe anotar que no siempre es fácil ser definitivo a través de los estudios radiológicos que se efectúan ya que dependen del volumen de los pseudoquistes o

bien a localizaciones poco frecuentes. Últimamente, con el advenimiento de las pancreatografías durante las intervenciones sobre el páncreas, el diagnóstico de la localización, extensión y de la comunicación que las colecciones pueden tener con el sistema excretor del órgano, se han visto enriquecida con imágenes muy demostrativas y ha impulsado a autores como Doubilet Seg. Cit. Wilson and Waugh (17) Mallet-Guy (9) y Mercadier (10) a intentar métodos de derivación interna a través del Wirsung para aquellos casos en que por medio de la radiología se demuestre la comunicación de la colección con el sistema excretor.

CASO N° 1: M. C. \., de 32 años de edad, Sexo Femenino, HONDUREÑA, soltera, de oficios domésticos, ingresa al Hospital General San Felipe el día 8 de Octubre de 1958 (Registro N° 58-7710).

Síntoma principal: Tumoración y dolor en el epigastrio.

Relataba que hacia tres meses había sufrido un fuerte trauma en la región del epigastrio, seguida de dolor intenso que persistió durante varios días. Presentó vómitos biliosos en las primeras 24 horas, acompañados de postración. No hay otros datos de interés clínica excepto el hecho de que al atenuarse el dolor inicial y mejorar su estado general, reaparece el dolor esporádicamente hasta el momento de su internación en que el dolor vuelve a cobrar intensidad acompañándose de una tumoración apercibida unos días antes y que aparentemente iba aumentando de volumen. En esta ocasión acusa además sensación de llenura post-prandial, anorexia y probable febrícula.

*Al examen físico nos encontramos con una paciente de regular aspecto general, de psiquiquísimo despejado, péniculo adiposo escaso pero bien distribuido. La exploración descarta patología en sistema cardiorespiratorio, neurológico, urinario, etc. y concentra su atención sobre una tumoración que asienta esencialmente en la región epigástrica, francamente dolorosa, del tamaño de una naranja, con **empastamiento** que re irradia a ambos hipocondrios. Dato muy particular fue el hecho de poder **imprimírsele** cierta movilidad a la palpación y que habían desplazamientos durante los movimientos respiratorios.*

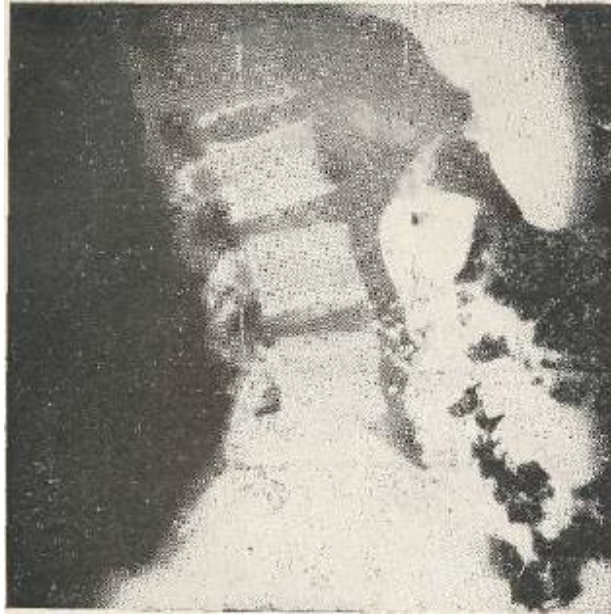
Durante los primeros días de su internación se comprueban elevaciones térmicas irregulares, hasta de 38.5 grados y dolor persistente con exacerbaciones frecuentes. El laboratorio demostró leucocitos de 14.150 por mm. 3, con 4.500.000 Gl. Rj., Hg. 16 gramos y Neutrofilia de 85%, La orina presentaba fuertes trazas de albúmina y ligeras trazas de glucosa, tricomonas activas y células de pus.

RX Pulmonar: normal.

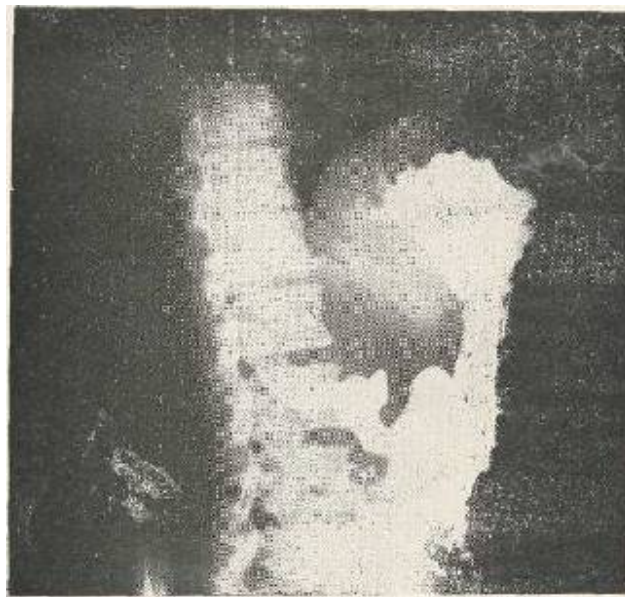
Hasta ese momento nuestra impresión diagnóstica fue de que se trataba de un quiste de mesenterio, hasta que el estudio radiológico gastroduodenal demostró una fuerte compresión del estómago sobre la cara posterior y curvatura menor hasta la región duodenal. Con la historia de un traumatismo relativamente reciente y el dato radiológico, se hace el diagnóstico de Pseudoquiste de páncreas. (Ver clichés Nos. 1 y 2).

La intervención quirúrgica corroboró dicha impresión procediendo a efectuar la operación de Jurasz, quisto-gastrostomía efectuada con éxito por el Dr. Raúl Chirinos, con un post-operatorio sin ninguna incidencia.

El caso correspondió a la localización de tipo inter-hepatogástrica, suficientemente pediculado, al grado que permitía desplazamientos palpalo-



Clisés N° 1 y 2 (Observación N° 1) Dos aspectos radiológicos de estómago desplazado por pseudoquiste de páncreas. Vistas de perfil y en oblicua **derecha** anterior



ríos y respiratorios lo que de entrada nos hizo pensar en quiste de mesenterio e incluso en la posibilidad de una tumoración o colección purulenta de hígado.

CASO N° 2: corresponde al Sr. L. F. R. de 43 años, hondureño, militar, vecino de Tegucigalpa, Honduras, quien es internado de urgencia en la casa de salud La Policlínica el 11 de Noviembre de 1958, por dolor epigástrico de gran intensidad. Relataba el paciente haber ingerido la noche anterior, bebidas alcohólicas en exceso y comido abundantemente. No habla antecedentes de otras crisis dolorosas semejantes a la presente.

*El aspecto del paciente era .de shock, pálido, sudoroso y quejándose continuamente de dolor masivo en epigastrio aunque irradiado a todo el abdomen; náuseas y vómitos líquidos; temperatura inicial 38.5°, pulso 130 y treinta respiraciones por minuto. La palpación abdominal demostró sensibilidad exagerada en epigastrio y reglón umbilical aunque no hubo resistencia peritoneal de la pared. El recuento globular demostró leucocitosis de 19.200 por mm³. con **neutrofilia** de 94% y al día siguiente, leucocitos 21.800 y 89% de neutrófilos. La reserva **alcalina** osciló entre 43 Vol. (19.6 meq/l) Ph. 7.35 **el** día de ingreso; segundo día 25 vol. (11 **mq/l**) Ph. 7.35; la reserva se recobra después del cuarto día hasta 45 Vol. (20 meq/l) Ph. 7.5.*

*La. amilasa del suero fue de 250 unidades por .el método de Winslow el primer día, descendiendo a 60 unidades al octavo día. La exploración radiológica en clichés de abdomen simple fue negativa y una fluoroscopia de estómago sólo evidenció ligero engrasamiento de los pliegues. La urea estuvo ligeramente elevada hasta 0.258 por mil; N. N. P. 0.525 por mil; **glicemia** de 1.57 por mil; **I. Ictérico** 7.5 unidades: bihrrubina directa 1 minuto 0.0080 gr. por mil, 15 minutos 0.0110 gr. por mil; bilirrubina indirecta 30 minutos 0.0150 gr.%.
Se interpretó el cuadro clínico como debido a pancreatitis aguda y fue tratado en forma conservadora a base de sueros, anticolinérgicos, antibióticos, vigilando su desequilibrio electrolítico y rehidratándolo; se la mantuvo en ayunas durante varios días. La evolución fue buena a pesar del ileo paralítico, acidosis y el dolor, pues 15 días después sale del hospital en buen estado 5 días después, el 30 noviembre, reingresa nuevamente con el cuadro antes apuntado, con dolor de igual intensidad. Repetidas dosificaciones de amilasa (método de Winslow), encuentran cifras entre 60 y 65 unidades. En esta ocasión tuvimos la suerte de que el Dr. David Drelling de N. York visitará nuestra facultad de Medicina y justamente dictará de S. York visitará nuestra facultad de Medicina y justamente dictará conferencias sobre pancreatitis agudas; le fue presentado el caso estando de acuerdo con nuestro diagnóstico. Nuevos estudios radiológicos de abdomen demostraron ileus paralítico con dilatación de asas duodenales lo que es de observación corriente según Dreiling.*

Después de este segundo episodio, el paciente se restablece, vías continúa aquejando moderado dolor epigástrico, fijo, caprichoso, se le efectuó colecisto grafía, la que fue normal. En Febrero de 1959 va al Sur de E. U. A. y consulta sobre su afección; regresa con el diagnóstico de Ulcus Duodenal. Revisamos la serie gastro -intestinal efectuada y no estamos de acuerdo con dicho diagnóstico.

Desde esa época hasta mediados de Mayo evoluciona más o menos

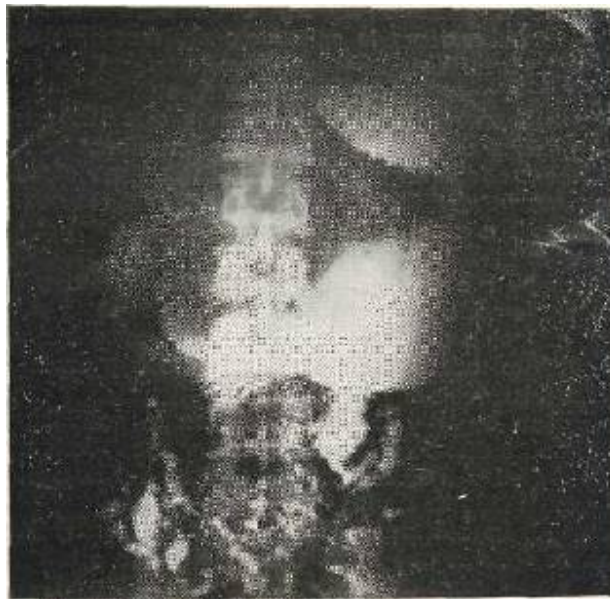
bien; el tratamiento antiulceroso no le favorece en nada. El 13 de Mayo comienza a aquejar fuerte dolor epigástrico y náuseas y al examen físico se evidencia una fuerte tumoración epigástrica, tensa y sumamente dolorosa, no desplazable a los movimientos respiratorios.

Internado nuevamente en La Policlínica en donde se le estudia desde el punto de vista biológico y radiológico, demostrando los clichés de perfil, desplazamiento gástrico hacia adelante (Ver cliché 3).

Con el antecedente de pancreatitis, la súbita aparición de tumor epigástrico con cuadro doloroso intenso, elevación de la asmilasa hasta 120 unidades Winslow y el aspecto radiológico apuntado, se hace el diagnóstico de Pseudoquiste de páncreas y es intervenido por el Dr. J. Gómez Márquez Girones quien corrobora el diagnóstico clínico encontrando un tumor retrogástrico del tamaño de una cabeza de feto que hace cuerpo con la pared del estómago -y efectúa una quístogastrostomía. La exploración quirúrgica descartó la posibilidad de ulcus duodenal propuesta en E. U. A. o de obstáculo en vías biliares.

El post-operatorio es bueno con pequeñas incidencias y el paciente convalece lentamente. En la actualidad ha ganado peso, tiene buen apetito aunque mantiene cierta dieta. El dolor que le restaba ha desaparecido y su último estudio radiológico efectuado hace un mes no indica anormalidad alguna.

Tratamiento: es eminentemente quirúrgico. Abandonar un pseudoquiste a su suerte, como dijimos antes es exponerle a una grave complicación, y su presencia intolerable al paciente.



Clisé N° 3, Caso L.F.R. Desplazamiento del estómago por Tumoración de origen pancreático

Desde que Gussenbauer Seg. Cit. Kretish (6) en 1883 efectuó el drenaje externo de un pseudoquiste, fue el tratamiento de elección que con el nombre de marsupialización, dominó la terapéutica. Es ampliamente conocido cómo este tipo de operación conduce a la formación de fistulas de drenaje indefinido y otras complicaciones fáciles de imaginar.

En 1923, Jedlika Seg. Cit. Kretish (6) realiza la primera quistogastrostomía pero es Jurasz Seg. Cit. Polak (12) quien en 1931 tuvo el mérito de mostrar la seguridad y la simplicidad de la quistogastrostomía transgástrica. Posteriormente surgen nuevas variantes a la operación de Jurasz, abocando el quiste ya sea al duodeno, al yeyuno y aún a la vesícula biliar. Estas variantes están condicionadas a la posición, vecindad y facilidad de ejecución de maniobras. Con el fin de evitar un reflujo eventual en el quiste, se ha ideado la quistogastrostomía en Y de Roux, de manera que el contenido intestinal encuentre dificultad al tratar de ascender por el brazo anasmótico de la Y griega. La quistocolecistostomía propuesta por Walzel Seg. Cit. Ghinst (7) en 1927 parece estar actualmente abandonada.

Por otra parte una operación que desde el punto de vista teórico es la ideal es la extirpación completa del quiste, pancreatomecías parciales no siempre fáciles de realizar, ya sea por el volumen del tumor, estado del paciente, presencia de fuertes adherencias, etc., que tornan irrealizable en la mayor de los casos dicha operación.

No podemos dejar de lado el hecho de que autores como Doubilet y Mallet Guy aboguen por una terapéutica más fisiológica: en aquellos casos en que la colección pseudoquística se encuentra en comunicación con conductos de excreción del órgano; en tales casos la colocación de un tubo de polietileno previa esfinterotomía, permitiría el drenaje interno por las vías naturales. Tales maniobras implican un cateterismo previo durante el acto operatorio con el objeto de evidenciar si realmente el pseudoquiste está en relación con el Wirsung efectuando lo que se conoce con el nombre de pancreatografía con soluciones yodadas. No creemos muy recomendable el método a menos que sea efectuado por manos muy experimentadas dadas las series de maniobras que es necesario practicar (duodenotomía, esfinterotomía, pancreatografías con sustancias yodadas, colocación del tubo de polietileno). Una complicación que nos parece muy probable sería la obstrucción del tubo en algún momento del drenaje por detritus o pequeños coágulos como es frecuente observar en el contenido de los pseudoquistes; tal complicación que es factible, haría inútiles todas las anteriores maniobras y conduciría a la reproducción del pseudoquiste.

A este respecto Leger y Cuyet (8) esbozan la posibilidad de un método combinado de drenaje externo "a mínima" asociado a un drenaje transpapilar del Wirsung, que asegurando el paso del flujo canalicular, prevendría el establecimiento de una fistula.

Mallet Guy (9) ha efectuado un estudio analítico muy interesante sobre los diversos factores que intervienen en el éxito o fracaso de las intervenciones sobre quistes de páncreas. Los resultados *varían* por distintos factores, entre los cuales se destacan, en primer lugar, la etiología de los pseudoquistes, según que éstos sean consecutivos a ataques de pancreatitis aguda, complicación de pancreatitis crónica, neoplasias pan-

creáticas de apariencia quística, pseudoquistes traumáticos, etc. Por otra parte la localización, la multiplicidad y la extensión son factores que juegan un papel importante en los resultados finales. Apunta igualmente, la importancia de la correcta escogencia de la clase de intervención quirúrgica. Reúne 232 casos tratados por marsupialización de los cuales 12 mueren, 112 son fracasos, 90 obtienen buenos resultados y 18 imperfectos. En resumen, para este tipo de operación, más de la mitad de los casos se consideran fracasos. Los que mejores resultados obtuvieron del drenaje externo fueron los pseudoquistes consecutivos a traumatismo, en una proporción de 79% de curaciones, 17% de resultados mediocres y 4% de mortalidad. Los resultados en 178 casos tratados por anastomosis hacia estómago, duodeno o yeyuno, son mucho mejores: 134 curaciones, 34 resultados mediocres o malos y 7 muertos. Muchos de los fracasos con ambos métodos fueron debidos a que los pseudoquistes fueron de etiología cancerosa o a obliteración con recidiva del pseudoquiste. Este autor deduce de su detallado estudio, entre otras cosas, que el drenaje externo es la operación más sencilla de ejecutar aunque los resultados no sean los más satisfactorios, pero recomendable en aquellos casos en que el paciente presenta mal estado general que permita solamente una operación de fáciles maniobras. Como se apuntó antes del porcentaje de buenos resultados es grande cuando se opera sobre pseudoquistes de origen traumático. Se acepta igualmente, que las derivaciones internas por anastomosis arrojan un número considerable de éxitos y falta de mortalidad postoperatoria.

Aunque nuestra experiencia personal es muy reducida, nuestros dos casos fueron tratados por quisto-gastrostomía y han evolucionado: el primero con un año de post-operatorio muy bueno y el segundo caso con seis meses de evolución post-operatoria muy satisfactorio.

De la literatura que nos ha sido posible obtener para documentar el presente reporte, encontramos que la mayoría de autores se inclinan por la técnica del drenaje interno.

Whitaker (15) aboga por el drenaje interno ya que con ello no hay pérdida de electrolitos, fluidos, enzimas; no se presenta el problema de erosiones de la piel de los drenajes externos, ni el efecto moral de los drenajes prolongados; reporta dos casos de su experiencia. Wilson y Baugh (16) consideran que es probablemente el procedimiento más satisfactorio. Para Van del Ghinst y Le Cluyse (7) si la operación de Jurasz se impone por sus buenos resultados y fácil ejecución, no pone al abrigo de recidivas del quiste, hemorragias; hacen enumeración de buen número de casos reportados en Bélgica con buenos resultados. Zaoussis Segcit Delphey (4) colecta 105 casos de drenaje interno, 50 de los cuales son tratados por quistogastrostomía con 2 muertes, los 48 restantes curan totalmente. Maxeiner y Maxeiner Cit- por Ghinst (7) reportan un caso tratado por drenaje a estómago que desarrolló úlcera péptica y muere tras hemorragia masiva. Delphey reporta un caso tratado con éxito (4); así como Russo (14) un caso más y Courriades (3) con dos éxitos más. Polak y Kostelecky (12) sacan conclusiones sobre 14 casos operados por drenaje interno a estómago o duodeno afirmando que los resultados obtenidos son irreprochables.

Nuestra impresión después de detenido estudio del problema, es

que la operación de elección sería la extirpación completa del pseudoquiste, lo que elimina la posibilidad de recidiva, fístulas y puede llegarse a determinar si hay etiología neoplásica encubierta por la colección líquida. Más se está de acuerdo con que tal extirpación es posible sólo, en determinados casos en que su localización y volumen lo permita.

Del drenaje externo se puede afirmar que desde el punto de vista de la facilidad de su ejecución es la operación de escogencia máxime si hay que ejecutarla en pacientes con mal estado general; principales complicaciones: fistulización crónica con detrimento del estado general, erosión de la piel e infecciones. Se obtienen mejores resultados si hay etiología traumática de los pseudoquistes.

La Operación de Jurasz Seg. Cit. Polak (12) nos parece ser la más indicada a pesar de que han sido invocadas complicaciones tales como cierre prematuro de la neo-boca con reproducción del pseudoquiste, dehiscencia de las paredes por tratarse de superficies desiguales (falta de epitelio de los pseudoquistes), úlceras de neo-boca, probabilidades de hemorragias. Tales posibilidades no se han presentado con la frecuencia que podría temerse y en la actualidad hay tendencia a ejecutarse en más y mayor escala.

De las modalidades apuntadas por Mallet-Guy (drenaje fisiológico a través del Wirsung con tubo de polietileno) o la de Leger y Guyet (combinación del drenaje externo "a mínima" y tubo de polietileno en el Wirsung), son estas intervenciones en vía de estudio de las cuales hemos apuntado nuestra impresión "a priori" y nos falta observar lo que nos indique la experiencia.

RESUMEN

- 1) Se enfocan los diversos aspectos clínicos sobre la etio-patogenia de los pseudoquistes de páncreas, incluyendo clasificaciones, estadísticas y modalidades clínicas según su localización, volumen y complicaciones.
- 2) Se reportan dos casos de la experiencia personal del autor, tratados por drenaje interno, operación de Jurasz, que han evolucionado con éxito después de 1 año y 6 meses, respectivamente.
- 3) Se hace una revisión sobre la opinión prevalente en el aspecto quirúrgico exponiendo los diversos métodos con sus ventajas y desventajas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—BOLGERT, M.: *Maladies du foie, des voies biliaires et du páncreas*. Les éditions médicales Flammarion, 1951.
- 2.—BOCKUS, H. L.: *Gastroenterology*. Ediciones Salvat, Buenos Aires. III, 1951.
- 3.—COURRIADES, M. H.: Deux cas de kyste du páncreas traité par nistoflaminostomose. *Mem. Acad. Chir. Paris*, 84: 775, 1958.

- 4.—DELPHEY, William: Pseudocyst of the pancreas with internal drainage by cyst gastrostomy. *Stanford Med. Bull*, 13: 452, 1955.
- 5.—FISHMAN M. y Cols.: Pseudoquistes de páncreas. *Prensa Méd. Argent.* 45. 400, 1958.
- 6.—KRETISH, Miroslav: Contribución al problema del quiste pancreático. *Med. Arch. Sarajevo*, 9: 67, 1955.
- 7.—GHINST, Van de M.; Le CLUYSE, R.: Kistogastrostomie pour faux kiste du pancreas. *Acta Chir. Belg.* N° 6, junio 1957.
- 8.—LEGER, Lucien; GUYAT, Paulette: Lésions kystiques et pseudokystiques du pancreas. *Mouv. Chir.*, 66: 1875, 1958.
- 9.—MALLET, Guy: Resultats et indications du traitement chirurgical des pseudokystes du pancreas. *J. Chir. Par.* 76: 445, 1958.
- 10.—MERCADIER, M.: Traitement chirurgical des formations kystiques et pseudokystiques du pancreas. *Concours Med.*, 80: 5634, 1958.
- 11.—MILLER, Joseph et al: The treatment of pseudocysts of the pancreas. *Amer. J. Gastroent.*, 28: 605, 1958.
- 12.—POLAK, A.; KOSTELECKY: Les resultats éloignes du traitement des pseudokystiques pancreatiques par drainage interne. *Lyon Chir.*, 54: 701, 1958.
- 13.—PALMER, E. D.: Clinical gastroenterology. Harper & Brothus, 1957.
- 14.—RUSSO, A.: Pseudoquiste de pancreas, cistogastrostomía transgástrica. *Bol. Soc. Cirg. Bs. As.*, 41: 778, 1957.
- 15.—WHITTAKER, Lorin D.: Traumatic pancreatic cysts. *The Illinois Med. J.*, 113: 186, 1956.
- 16.—WILSON AND BAUGH: Pancreatic cysts secondary to pancreatitis. *Amer. Surgeon* 25: 25, 1959.
- 17.—WAUGH, John and LYNN, Thomas E.: Clinical and surgical aspects of pancreatic pseudocysts. *A. M. A. Arch. Surg.* 77: 47, 1958.
- 18.—YANEZ PEÑA, Arsacio: Pseudoquistes de páncreas secundarios a pancreatitis aguda. *Rev. Esp. Enferm. Dig.*, 15: 186, 1956.