

QUISTE HIDATICO DE PANCREAS Quistectomía (*)

Dr. Boris Asiner

Deseamos aportar a la Casuística Nacional un caso de quiste hidático de páncreas, tratado por "quistectomía", con buen resultado. Creemos que la observación es interesante por su clínica, el estudio radiológico, (que presentamos) así como las comprobaciones operatorias y estudio anatomo patológico.

HISTORIA CLINICA — C.A.S.M.U. R. 64.071 — C 219.629

C. M. R. —16 años— Proc. Dpto. Canelones.

Consultó por tumoración de hipocondrio izquierdo. Evolución aparente de unos 10 meses con epigastralgias, dolores pungitivos y sensación de peso, de presentación post-prandial. No hay repercusión general, alteración del tránsito digestivo ni urinario. No hay manifestaciones de orden alérgico. Al examen buen estado general; apirética. Abdomen: lado izq. de epigastrio e hipocondrio izquierdo tumoración redondeada, —piel normal a su nivel— escasamente móvil con la respiración y sin desplazamientos laterales en los decúbitos. Poco sensible, redondeada, de superficie lisa, renitente, y que no permite insinuar la mano hacia el hipocondrio izquierdo entre la tumoración y la parrilla condrocostal izquierda. Límites netos hacia el epigastrio. Extensión de unos 10 x 15 cms. en sus mayores diámetros. Espacios intercostales s.p. Traube sonoro y hacia la zona externa, izquierda, sonoridad disminuída. La percusión de la zona esplénica es mate (línea axilar media). Sistema linfoganglionar s.p. Fosas lumbales s.p. Douglas s.p.

Estudio radiológico: (Fig. 1) Estómago y Duodeno: Estómago desplazado hacia adelante y derecha con gran curva deformada en su parte media y superior de cuerpo gástrico, por compresión extrínseca.

Colon: Estudio contrastado: Angulo esplénico y mitad izquierda del transversal se encuentran descendidos por su proceso extrínseco que los comprime.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la ½ hora previa el día 3 de mayo de 1961.

Retroneumoperitoneo: Morfología renal y suprarrenal sensiblemente normales.

LABORATORIO: Cassoni negativo, precoz y tardío. Weinberg (no se pudo obtener). Hemograma: normal; eosinófilos 0. Eosinófilos totales: 55 por mm.

DIAGNOSTICO: Preoperatorio: Tumoración quística. De páncreas? (región caudal). De bazo? Posible quiste hidático.



FIG 1

OPERACION: Dr. Asiner (Cirujano). Dr. Hill (Ayud.). Dr. Recine (Anestésista) — Anest. general.

INCISION: Oblicua subcostal izquierda con sección de recto izquierdo (transversa) y disociación de los músculos anchos externos.

EXPLORACION: Hígado s.p. gastro-duodeno s.p. Colon s.p. Tumoración quística de cola de páncreas, bilocular de unos 15 x 10 cms., con zonas de cubierta nacaradas, fibrosas; aspecto de quiste hidático. Adherida a la cara posterior gástrica y pedículo esplénico así como al mesocolon. Se entró en la retrocavidad a través del ligamento gastrocólico. Lóbulo izquierdo de hígado s.p. Retroperitoneo s.p. Douglas libre y resto s.p.

TACTICA: Se efectúa quistectomía cuidando de no incluir tejido pancreático en la disección, la cual está facilitada por estar el quiste netamente ubicado en la zona caudal del páncreas y casi totalmente emergente en sus $\frac{3}{4}$ de superficie. Al liberarlo del pedículo esplénico, existe una vena gruesa en la adventicia, que por razones de seguridad se efectúa su doble ligadura. Quistectomía sin incidencias. Se observa que el

bazo, en el extremo inferior polar, ha cambiado algo de color, por lo cual se considera prudente agregar la esplenectomía. Control de hemostasis. Dren en cigarrillo en la zona operatoria, sacado hacia el flanco, en la zona de los músculos anchos, disociados. Cierre de la retrocavidad.

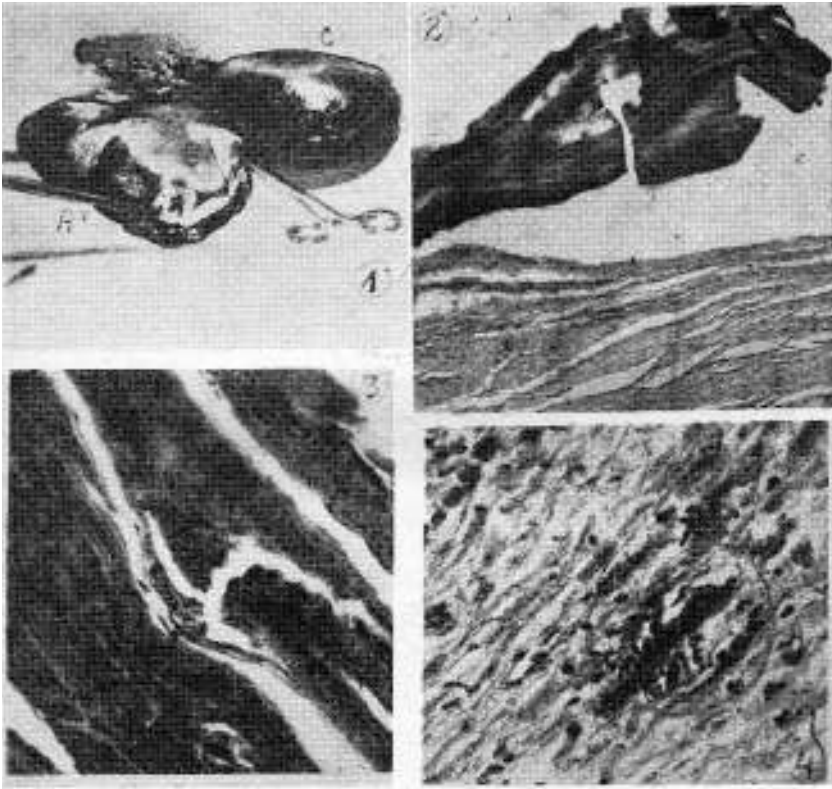


FIG. 2. — 1) Fotografía macroscópica de la pieza: se ve A, Quiste hidático con su adventicia fibrosa y su contenido; B, formado por una gran hidátide; C, bazo. — 2) A, adventicia fibrosa y fragmento de quinososa teñido con carmín de Best. — 3) Gran aumento de una zona de la adventicia que contiene **tejido pancreático** alterado pero reconocible. — A) En A, en medio de la adventicia fibrosa formaciones canaliculares del tejido pancreático que rodeaba en forma de del para lámina a la adventicia.

Cierre de la pared por planos. Catgut 1 y Cromado 2. Hilo en piel.

EVOLUCION: inmediata sin incidencias. Posterior buena.

ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO: Dra. Piovano.

Se recibe fijada y abierta parcialmente una pieza quirúrgica que

comprende: un bazo y una formación quística, quiste hidático de forma bilocular, que mide 10 cm. de diámetro mayor. Por el corte de la adventicia asoma la hidátide.

La adventicia es fibro esclerosa, con un espesor de 2 a 3 mm. elástica, y presenta en su superficie externa, islotes delgados de un tejido grisáceo, blando que adhiere fuertemente a la superficie adventicial.

La hidátide es grande de unos 8 cm. de diámetro y no presenta en su examen ninguna particularidad.

El bajo es chico, gris rojizo y no presenta alteraciones en su textura. (Fig. 1).

EXAMEN MICROSCOPICO: En el examen de la pieza se tomaron varios fragmentos de la adventicia hidatídica, sobre todo de aquellas zonas que presentaban el tejido grisáceo ya descrito.

Se comprueba que: la adventicia, fibro esclerosa tiene los componentes comunes descritos en las formaciones similares; (Fig. 2) pero las óseas de tejido grisáceo, presentan la textura de tejido **pancreático** en el que es posible distinguir secciones algo atópicas pero reconocibles. (Fig. 3).

En la Fig. 4 se destaca, en medio de los componentes conjuntivos, células y fibra de la adventicia pequeños cartículos que proceden del páncreas. En suma: del estudio macro y microscópico se deduce la procedencia pancreática del Q. hidatídico.

Dr. Otero: Respecto a los tumores de hipocondrio izquierdo, el Prof. Surraco dice que el descenso del ángulo esplénico se observa prácticamente en los tumores del bazo, o sea si uno esquematizara un poco, lo redujera un poco a términos sencillos, podría decir que el Prof. Surraco parecería sostener que solamente los tumores del bazo descienden al ángulo esplénico, cosa que no hacen nunca los tumores del riñón y estudiando los otros tumores tanto del páncreas como del lóbulo izquierdo del hígado como los retroperitoneales, él prácticamente dice que el ángulo esplénico no desciende en ninguno, o sea que parecería sostener que el descenso del ángulo izquierdo corresponde patonómicamente, radiológicamente a los tumores del bazo. Sin embargo ahí se ve perfectamente bien, creo yo, descienden del ángulo esplénico los tumores de la cola del páncreas, cosa que yo había notado en ese trabajo, porque me parece lógico, porque me parece muy difícil que un tumor de la cola del páncreas que tiene una vinculación anatómica absolutamente estrecha con el bazo, no actúe de la misma manera que lo hacen los tumores del bazo sobre el ángulo esplénico. En una palabra, lo que quiero decir es eso simplemente. En este caso es un tumor de la cola del páncreas que desciende del ángulo esplénico del cólico.

Dr. Asiner: Agradezco el aporte a nuestra presentación de los distinguidos consocios que han intervenido en la discusión. Queda así jus-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

tificada nuestra presentación y los problemas vinculados a su estudio, diagnóstico, clínico-radiológico, comprobaciones operatorias y anatomopatológicas.

A los Dres. Otero y Hughes, que se han referido a los desplazamientos y disposición del ángulo colónico (izq.) estudio radiológico y contrastado, cuando existe una tumefacción renal, esplénica, del lóbulo izquierdo de hígado, de páncreas o de origen retroperitoneal, señalando la no constancia de lo expuesto por el Prof. Surraco, en lo referente a que las tumoraciones del bazo bajan el ángulo esplénico, mientras que las renales "se encuadran en él". Le diremos que estamos de acuerdo con lo expresado por ellos, y que sus exposiciones justifican su reconocida competencia en el tema. También modestamente lo hemos comprobado en reiterados casos de lesiones de la topografía señalada estando ésto incorporado a nuestro conocimiento.

Al Dr. Yannicelli: Le señalamos la situación que enfrentamos en el campo operatorio al realizar la quistectomía, en el sector pancreático caudal, nos obligó por razones de seguridad a ligar una gruesa vena, no arteria, sin ningún inconveniente. Creímos razonable, observando que había una alteración en el color de la zona inferior del bazo, agregar una esplenectomía que nos llevó escasos minutos. Sabíamos que aun sin este aditamento, en relatos operatorios y publicaciones, se han dejado bazos en estas condiciones sin ningún problema. Pero lo resolvimos así para tener un margen mayor de seguridad.

Al Dr. Vigil; en lo referente al estudio radiológico renal, fue realizado, efectuándose un retroneumoperitoneo que no mostró nada patológico.

En lo referente al estudio del ángulo duodenoyeyunal contrastado frente y perfil, sabemos de su utilidad, pero debemos decir que la enferma nos fue enviada para su intervención con gran cantidad de placas después de un tiempo prolongado de estudio. No creímos imprescindible este último para nuestra decisión operatoria. Por otra parte, la posibilidad diagnóstica, ya el acto operatorio mismo iba a ser una exploración, más minuciosa y efectiva, y aún decisiva, de "certeza" diríamos. Debemos agregar, que era una enferma de una Cooperativa de Producción Sanitaria a quien teníamos que resolver su problema con lo "imprescindible" y a lógica y correcta economía, bien entendida.

En lo referente a la topografía caudal, pancreática queremos hacer notar que se pudo individualizar bien esta situación ya que se trataba de una vena móvil y se hizo la quistectomía con el mínimo de daño pancreático. El estudio anatomopatológico que la Dra. Piovano efectuó mostró los detalles y hechos. Mostramos una foto macroscópica de la pieza y las placas correspondientes.