

Trabajo de la Clínica del Prof. Piquinela y del C.A.S.M.U.

QUISTE VERDADERO DEL PANCREAS CEFALICO. RESECCION (*)

Dres. Julio Mañana y Federico Gilardoni

Motiva esta comunicación la observación de una variedad de quiste verdadero de Páncreas, que fue tratado mediante la exéresis del mismo. Se trata por sus caracteres histológicos de un quiste simple, probablemente de origen congénito. Es una lesión de observación excepcional. Interesa en nuestro concepto su presentación a esta Sociedad, además de su rareza, por los problemas que plantea en la táctica y técnica quirúrgica y su control post-operatorio.

Hale - White, W. citado por Oppenheim y Twis encuentran en necropsias quistes verdaderos en un cuatro por 10.000. Howard y Jordan refieren 5 observaciones personales de quistes simples congénitos (de ellas 2 hallazgos necrósicos) y en una revisión de la literatura citan 7 casos de otros autores, sumándose así a un total de 12 quistes simples congénitos observados hasta el momento. En nuestro país, no se conocen publicaciones al respecto, existiendo la publicación de un cistoadenoma del páncreas por los Drs. González Leprat y Sanguinetti. La extirpación de los quistes conlleva una mortalidad que oscila entre el 19,2 % Muller y el 55,5 % Gobel.

Observación Clínica, C.A.S.M.U. Reg. 70609.

Enfermo de 36 años, oriental. Que ingresa por cuadro interpretado como de un ulcus duodenal en acitividad. Sufriendo desde hace 3 días. Hace 6 años operado de ulcus duodenal perforado. Pasando bien hasta hace 3 meses. Comienza con dolor epigástrico, continuo con irradiaciones a la región dorsolumbar, con un aumento de intensidad a las 3 o 4 horas luego de la ingestión de alimentos. En el examen el único hecho positivo dolor supraumbilical bajo el recto derecho. Exámenes auxiliares: Gastroduodeno. Se puede afirmar que lo único patológico radiográficamente era el duodeno pero sin configurar signos directos ni indirectos de ulcus. (Al rever las placas luego de la intervención quirúrgica, podemos vislumbrar en la seriografía duodenal una compresión mediata extrínseca, sin desplazamiento de los ejes viscerales que obliga a interpretarla, como una tumefacción en contacto con la víscera sin interposición de planos peritoneales). Colecistograma negativo. Colecistocolangiografía intravenosa; buen relleno vesicular sin observar imágenes litíasicas, vías biliares de características normales. Sondeo Duodenal; evacuación vesicular tardía, la bilis

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 9 de mayo de 1962.

B, contiene exceso de mucus y abundantes células biliares. Quimismo gástrico. Hiperclorhidria. Elementos de gastritis. Diagnóstico Ulcus duodenal.

Intervención propuesta: Vagectomía infradiafragmática, Píloroplastia. Drs. Mañana y Gilardoni. Anatomía Patológica extemporánea Dr. Scandroglío. Inci-

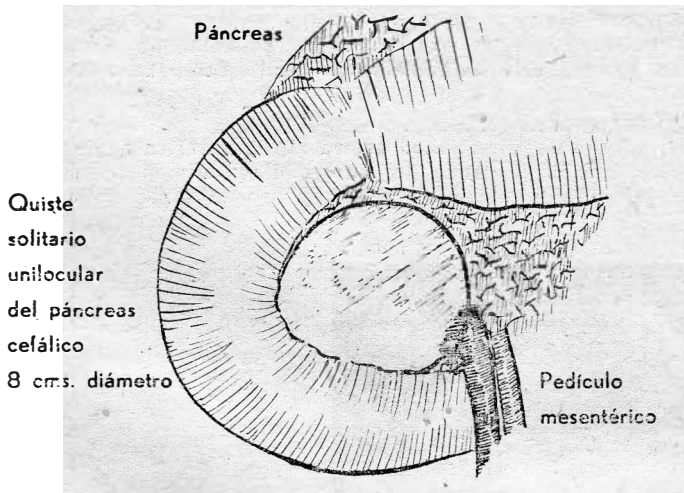


Fig. 1

sion Mediana supraumbilical, luego se continuó con una paramediana infraumbilical derecha. Exploración: Adherencias de delgado, epiplón y colon transverso; la liberación de éstas pone de manifiesto una tumefacción quística del páncreas cefálico. Resto de la exploración abdominal negativa.

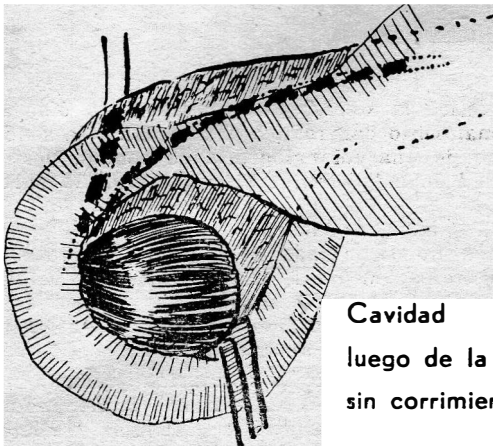


Fig. 2

Cavidad
luego de la resección
sin corrimiento pancreático

Táctica: 1º) movilización del colon transverso su ángulo y del ascendente en sus dos tercios superiores; 2o.) movilización del duodeno páncreas; 3o.) abertura de la retrocavidad, observando Páncreas distal cuerpo y cuello normal. 4o.) Punción del quiste, se retiran unos 15 c.c. de líquido oscuro pardo,

fiuido. 5o.) Se toma un trozo de la pared del quiste y se envía al examen extemporáneo. 6o.) Con el diagnóstico anatomopatológico de quiste simple del Páncreas se procede a realizar la resección de éste a disección roma y siendo discretamente laboriosa. 7o.) La hemostasia se realiza con catgut fino. Surget de catgut es todo alrededor del borde cruento de la quistectomía. 8o.) Epiploplastia intracavitaria y avenamiento aspirativo de la cavidad del quiste. 9o.) Colecistostomía a la mayo. (Vesicula Fresa). 10o.) Avenamiento de la fosa subhepática aspirativo. 11o.) Cierre de las brechas peritoneales. 12o. Cierre de la pared por planos.

Post-operatorio. (Ver cuadro adjunto).

Se realizaron las siguientes directivas: aspiración intermitente gástrica y pancreática; ayuno total que se mantuvo por cuatro días; alimentación parenteral; antibioterapia; inhibidores vagales, atropina y propantelina; antienzimas



Fig. 3

Trasyol; levantamiento precoz. Se retiró la sonda gástrica al cuarto día. El drenaje subhepático al 6º día. El avenamiento pancreático al 13o. día y la sonda de la colecistostomía al 15 día luego de una colangiografía de control post - operatorio. Que muestra la indemnidad de la vía biliar principal y de la parte terminal del Wirsung.

Anatomía patológica: Dr. Scandroglío. (Ver figura 3).

Examen macroscópico: Formación quística tensa de color pardo rosado, que llena de líquido en el acto quirúrgico; media 8 cms. de diámetro transverso por 5 cms. de diámetro longitudinal de forma ovoide. La punción dejó salir un líquido de aspecto turbio más bien denso. La sección mostró: quiste unilocular de superficie interna irregular, de color amarillento.

Examen microscópico: La superficie interna de la formación presenta un recubrimiento epitelial de tipo aplanado. La pared es fibrosa. Englobándola existen pequeños nódulos de origen pancreático, con atrofia glandular y dilatación microquística de acinos glandulares y tubos excretores. Existe un proceso de infiltración inflamatorio crónico peri-quístico, que debe ser interpretado junto con la atrofia, a la compresión del quiste. En resumen Cistoma verdadero de cabeza de Páncreas. Atrofia periquística. Dilataciones microquísticas de las vías pancreáticas.

DIAS	1	2	3	4	5	6	8	10	13
PULSO	130	100	120	100	90	100	80	80	70
PRESION	13/9	13/9	13/9	12/8	13/9	12/8	12/8	13/8	12/7
Av. BILIAR	180	100	130	50	100	200	80	90	50
Av. GASTRICO	250	250	210	120	—	—	—	—	—
Av. PANCREATITICO ..	20	—	—	—	—	—	—	—	—
DIURESIS	700	300	500	750	800	1200	900	970	1000
U. PANCREATITICAS ..									
SANGRE	40	20	4	4	4	4			
ORINA	80	80	8	32	16	16			
BILIS	Sin actividad lipásica ni amilásica.								
Av. PANCREATITICO ..	40								
DEPOSICIONES	0	0	0	1	0	1	1	0	1
PESO	61		59		59.100		59.200		59.800
TRASYROL	40.000	30.000	20.000	20.000	20.000	10.000	10.000	10.000	

Comentario:

La lesión presentada por nuestro paciente constituyó un hallazgo operatorio. No existían los elementos orientadores a un pseudo-quiste; episodio inflamatorio agudo o traumatismo anterior, salvo la intervención por ulcus perforado realizada 6 años antes con una evolución sin incidencia hasta 3 meses de la intervención quirúrgica actual. El resto de la glándula era normal, no mostrando reliquias de un proceso inflamatorio pasado. No se observaron quiste en riñón, hígado o pulmón. Todo sugería entonces la existencia de un cistoma unilocolar verdadero, lo que es afirmado enseguida por la biopsia extemporánea, demostrando la existencia de una línea de recubrimiento epitelial, tal como se ve en los quistes simples a los que se atribuye un origen congénito.

La táctica a adoptar en estos quistes pancreáticos, variará según la naturaleza del mismo, estado evolutivo, topografía y condición general del paciente. La marsupialización como el drenaje simple no fue considerado en nuestro caso, por tratarse de un quiste verdadero por consiguiente potencialmente maligno. Está indicada dicha conducta en los pseudo quistes recientes de paredes flácidas y colapsables; y en los quistes verdaderos donde se contraíndica todo procedimiento de cura radical por avanzada edad y mal estado general. Tampoco fue considerada la anastomosis al tubo digestivo por las razones mencionadas. Existen informes de hemorragia masiva, pancreatitis recidivante, etc. luego de la anastomosis quisto-digestivas; la penetración al sistema ductal de los jugos digestivos podría facilitar la necrosis pancreática. En caso de hacer una anastomosis hubiéramos elegido una duodeno-quistostomía, por la relación inmediata de los dos elementos. Dadas sus excelentes condiciones generales, la edad, los caracteres anatómicos de la lesión, nuestro paciente debería ser sometido a un procedimiento de cura radical ya sea una duodenopancreatectomía cefálica, o a una resección del quiste. El estudio anatomopatológico extemporáneo, la indemnidad de las estructuras viscerales adyacentes (el quiste tendría relación mediata con duodeno 2-3 y 4 respectaba antro y duodeno 1, relación importante con el mesocolon transversal requiriendo un tiempo laborioso su separación). La relativa independencia de las estructuras vasculares adyacentes, vena y arteria mesentérica superior, tronco de Henle, arteria cólica media; nos inclinó a la resección simple, procedimiento menos riesgoso y de menor cuantía quirúrgica que la duodeno pancreatectomía cefálica. Nos preocupaba relativamente la existencia de una superficie cruenta pancreática, pero la existencia en nuestro poder de antienzimas haciéndonos prever que evitaríamos una pancreatopatía aguda post-quirúrgica fue una razón más para la resección simple. Su realización cuidadosa permitió comprobar la indemnidad vascular de mitad inferior de duodeno 2-3 y 4, los que

se hallaban en estrecho contacto con la formación quística y la independencia de los canales pancreático y biliar que se encontraban rechazados hacia arriba y atrás, pues sólo se vio al término de la exéresis, escasa cantidad de páncreas cefálico en el arco duodenal topografiado en el ángulo 1-2, encontrándose el resto de la cabeza del páncreas rechazada hacia arriba en posición retroduodenal, como lo muestran los esquemas. Sólo quedó una delgada lámina posterior constituyendo el lecho del quiste.

La exéresis cuidadosa sobre la cápsula firme permitió liberar el pedículo mesentérico superior que se vinculaba estrechamente a la pared del quiste, por adherencias inflamatorias. No se visualizó los conductos biliar principal y el pancreático en el acto quirúrgico. Una observación prolongada del lecho quístico permitió comprobar la ausencia de corrimiento biliar y pancreático. Y del lado duodenal la conservación de una buena irrigación vascular. Quedó como decimos una superficie cruenta exangue y sin corrimiento de líquidos digestivos por la cual se tomaron las medidas aquéllas aconsejables en una amplia herida de la glándula, vale decir: epiploplastia intracavitaria, amplio avenamiento de la cavidad residual, de compresión biliar vesicular, avenamiento de la fosa subhepática.

En el post-operatorio. Directivas esenciales del tratamiento de una pancreatopatía aguda se pusieron en marcha. Ayuno total que se prolongó por cuatro días, logrado por el avenamiento gástrico intermitente. La inhibición de la glándula se completó con inhibidores vagales atropina y propantelina.

Se trató de evitar la reacción en cadena fermentativa intra y extra pancreática producida por la activación de tripsinógeno por la citoquinasa, liberando tripsina, y ésta activando al caliceinógeno para liberar caliceína, mediante el inactivador glandular antripsínico y anticaliceínico trasyrol. La acción local intracavitaria de los fermentos digestivos se trató también de combatir mediante avenamiento pancreático intermitente. Este conjunto de medidas hallan su fundamento en las complicaciones observadas luego de la cirugía de la glándula pancreática. Es decir la profilaxis de la necrosis pancreática cuando se somete a este órgano a traumatismo quirúrgico.

El post-operatorio inmediato transcurrió sin incidencias; los parámetros que Uds. observan en el centro sobre post-operatorio donde puede observarse la investigación enzimática en sangre, orina, bilis y líquido de avenamiento pancreático, fueron normales. Lo mismo que el estudio cito-químico bacteriológico de la bilis y del líquido pancreático, fueron sin elementos anormales. La evolución definitiva fue favorable, observándolo a los 6 meses estaba en perfectas condiciones de salud.

RESUMEN

Relatamos y comentamos una observación de quiste simple de probable naturaleza congénita del páncreas cefálico; de rara observación. En el cual se cumplió en nuestro concepto el procedimiento ideal de resección simple y curativa de la lesión, respetando las estructuras nobles canaliculares y vasculares yuxtatas lesionales. Procedimiento menos inocuo que la duodeno-pancreatectomía cefálica, y más radical y curativo si se compara con la marsupialización y anastomosis quistodigestivas. Se tomaron además las medidas necesarias en la operación y en el post-operatorio destinadas a evitar las consecuencias del tratamiento glandular. Siendo la evolución definitiva favorable.

BIBLIOGRAFIA

- 1) CATTELL, R. B., and WARREN, K. W. — Surgery of the Pancreas, Philadelphia, Saunders, 1953.
- 2) GILARDONI, F. y ABO, J. C. — Las lesiones duodenopancreáticas en los traumatismos cerrados de abdomen. Bol. Soc. Uruguaya de Cirugía (en prensa).
- 3) GONZALEZ LEPRAT, J. A., SANGUINETTI, C. M. — Cistoadenoma del páncreas. Apartado de los "Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo". T. 43, Nº 5-6, p. 177-190, 1958, Montevideo.
- 4) HALE - WHITE. — (Citado por Oppenheim y Twis).
- 5) HOWARD, J. M., and JORDAN, G. L. — Surgical Diseases of the Pancreas. Philadelphia. Montreal. J. B. Lippincott Company, 1960.
- 6) WARREN, K. W. — Complications of pancreatic surgery, S. Clin. North America. 37:683, 1957.
- 7) WARREN, K. W., and CATTELL, R. B. — Basic Techniques in Pancreatic Surgery, S. Clin. North America. 36:707 - 724, (June) 1956.